

eHealth, verder dan je denkt

eHealth-monitor 2013

Betere zorg
door betere informatie
Nictiz

nivel

eHealth, verder dan je denkt

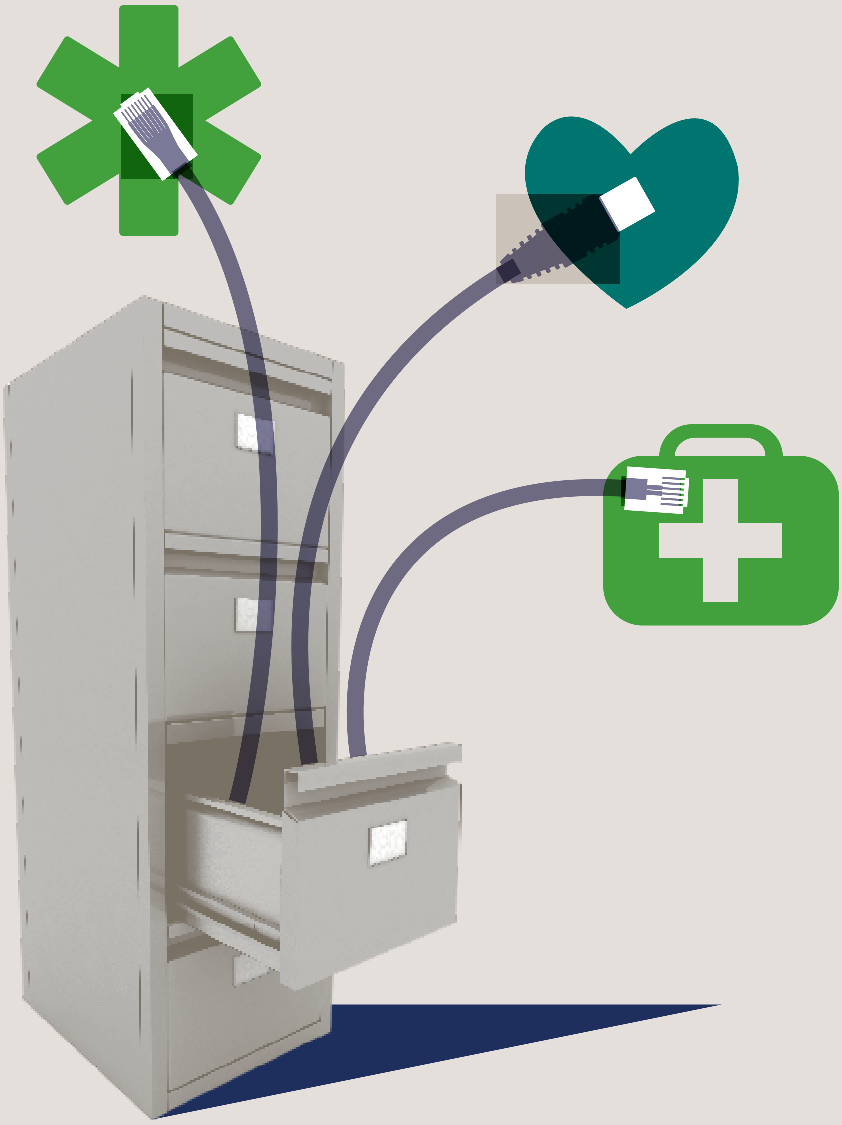
eHealth-monitor 2013

Auteurs:
Johan Krijgsman
Jolanda de Bie
Arina Burghouts
Judith de Jong
Geert-Jan Cath
Lies van Gennip
Roland Friele

Begeleidingscommissie:
Guus Schrijvers, voorzitter
Titia Lekkerkerk (NPCF)
Sjaak Nouwt (KNMG)
Stefan Ottenheijm (Ministerie van VWS)
Michiel Sprenger (Nictiz)
Albert Versteegde (Zorgverzekeraars Nederland)
Sytske de Vries (Zorgverzekeraars Nederland)

Dit is een uitgave van Nictiz en het NIVEL.
Den Haag, september 2013.
© Nictiz en het NIVEL

Vormgeving en productie:
No Panic, the communication factory



Inhoudsopgave

Tabellenbijlage

De tabellen bij hoofdstuk 2 en hoofdstuk 4 tot en met 7 zijn opgenomen in een losse tabellenbijlage (Tabellenbijlage bij de eHealth-monitor 2013). Deze bijlage is te downloaden op www.nictiz.nl en www.nivel.nl.



Samenvatting

Nederland staat voor de uitdaging om gezondheidszorg van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden. Vergrijzing leidt tot meer behoefte aan zorg, terwijl tegelijkertijd het aantal mensen dat zorg kan verlenen afneemt. Inmiddels heeft een kwart van de Nederlanders een of meer chronische ziekten zoals COPD en hart- en vaatziekten (RIVM, 2013). Een groot deel van de zorgkosten betreft zorg aan deze groep. Om de stijging van uitgaven in de zorg af te remmen en om noodzakelijke zorg met de beschikbare menskracht te kunnen blijven bieden, is het nodig zorg anders te organiseren.

eHealth[1] biedt kansen om de vrijheid en zelfredzaamheid van patiënten te bevorderen en kan helpen om zorg doelmatiger te organiseren.

"eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren."

Zo kan eHealth een belangrijke sleutel zijn voor een toekomstbestendiger gezondheidszorg. In haar eHealth-brief van juni 2012 signaleert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) deze kansen, maar constateert ook dat adaptatie van eHealth door patiënten en professionals een belangrijke randvoorwaarde is. Daarom laat zij jaarlijks de feitelijke ontwikkeling en de voortgang in het gebruik van eHealth monitoren. Centrale vragen daarbij zijn in welke mate eHealth-toepassingen beschikbaar zijn, in welke mate zij gebruikt worden, welke factoren het gebruik (positief dan wel negatief) beïnvloeden en welke effecten worden ervaren.
Dit is de samenvatting van de resultaten van de eerste eHealth-monitor, die door Nictiz en het NIVEL is uitgevoerd in de eerste helft van 2013. Het is een eerste meting onder artsen, zorggebruikers[2] en een aantal andere stakeholders, die vanaf 2013 jaarlijks herhaald wordt. Vanaf 2014 zullen trends zichtbaar zijn, maar door vergelijking van de resultaten met internationaal onderzoek en eerdere studies, biedt deze eHealth-monitor al een eerste inzicht in waar Nederland staat en welke ontwikkelingen verwacht kunnen worden.
Omdat eHealth een breed begrip is, wordt de focus gelegd op een aantal concrete toepassingen van ICT in de zorg. Gekozen is voor toepassingen waarvan verwacht wordt dat deze bijdragen enerzijds aan doelmatigheid en betaalbaarheid, anderzijds aan zelfmanagement van de patiënt, continuïteit van zorg, patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid.

[1] De definitie van eHealth die in dit rapport wordt gehanteerd, sluit aan bij definitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (van Rijen, de Lint en Ottes, 2002).
[2] In de eHealth-monitor wordt gesproken over zorggebruikers. Wij bedoelen hiermee elke Nederlandse burger die toegang heeft tot de gezondheidszorg. Niet iedere zorggebruiker is noodzakelijk ook patiënt.

eHealth-monitor: samenvatting, infographic en onderzoeksrapport

De uitkomsten van de eHealth-monitor 2013 worden op drie manieren gepresenteerd. U leest nu het uitgebreide onderzoeksrapport van de eHealth-monitor 2013. Naast dit rapport is er een infographic beschikbaar die de belangrijkste resultaten grafisch weergeeft. De infographic is bestemd voor mensen die met hun tablet of smartphone snel kennis willen nemen van de hoofdlijnen van het onderzoek. Daarnaast is er een (afzonderlijk leesbare) versie van deze samenvatting. Het onderzoeksrapport, de infographic en de samenvatting zijn te downloaden op www.nivel.nl en op www.nictiz.nl.

1. Algemeen beeld: Nederland scoort goed, maar er is nog veel te doen

De verwachtingen ten aanzien van eHealth in Nederland zijn positief. Uit het onderzoek blijkt dat deze verwachtingen in hoge mate overeenkomen met wat in de (inter)nationale literatuur geschetst wordt als mogelijke meerwaarde van eHealth. Concreet zijn zes verwachtingen te onderscheiden:

- Het bevorderen van **zelfmanagement** van patiënten, bijvoorbeeld door hen inzage te geven in het zorgdossier. De patiënt wordt steeds meer (mede-)behandelaar van zijn ziekte, waardoor het belangrijk is dat hij adequaat wordt geïnformeerd.
- Het bevorderen van **doelmatigheid en betaalbaarheid** door bijvoorbeeld teleconsultatie, telediagnose, online therapie, beeldcommunicatie ter vervanging van bezoeken, en door betere managementinformatie waardoor zorg effectiever wordt ingezet.
- Betere **continuïteit van zorg** door een betere informatie-uitwisseling tussen verschillende zorgaanbieders als huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum en thuiszorg.
- Meer **patiëntveiligheid** door het voorkómen van (medicatie)fouten, bijvoorbeeld dankzij beslissingsondersteuning.
- Verbetering van **kwaliteit van zorg** doordat dit beter gemeten kan worden, en aan de patiënt betere keuze-informatie kan worden gegeven.
- Een betere **toegankelijkheid** door bijvoorbeeld online afspraken, e-consult en online behandeling.

Onderdeel van deze monitor was een kwalitatief onderzoek onder stakeholders, waaronder vertegenwoordigers van zorggebruikers, zorgaanbieders en bedrijven. Hierbij leggen veel geïnterviewden de nadruk op zelfmanagement en het bevorderen van meer maatschappelijke participatie van de patiënt. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt echter dat zorggebruikers nauwelijks zelfmanagementtools gebruiken en deze vaak ook niet willen gebruiken of niet weten of ze dit willen. De verwachtingen van stakeholders behoeven hier wellicht bijstelling, die gebaseerd is op een realistischer beeld van wat zorggebruikers belangrijk vinden. Waar het gaat om verwachtingen ten aanzien van doelmatigheid heeft die bijstelling al plaatsgevonden. Veel stakeholders zijn terughoudend als het gaat om doelmatigheidswinsten, zeker op de korte termijn. Sommige geïnterviewden verwachten zelfs dat kosten (zeker in eerste instantie) zullen toenemen. Vooral vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsorganisaties wijzen erop dat het invoeren van eHealth tijd nodig heeft en dat het verstandig is om de verwachtingen wat te matigen.

eHealth, verder dan je denkt

De titel van dit rapport geeft in belangrijke mate de kern weer van dit rapport. Enerzijds is duidelijk dat Nederland niet meer aan het begin staat. Er kan in de praktijk soms aanmerkelijk meer dan mensen zich realiseren. Anderzijds zijn er nog wenkende perspectieven, die alleen bereikt kunnen worden als belangrijke belemmeringen worden overwonnen.

eHealth-monitor

De landelijke eHealth-monitor is uitgevoerd door Nictiz en het NIVEL. Het onderzoek volgt beschikbaarheid en gebruik van eHealth-toepassingen door zorggebruikers en zorgverleners. In het onderzoek is gebruik gemaakt van twee onderzoeksmethoden. Het eerste deel is een consultatieronde, bestaande uit interviews met eenentwintig stakeholders uit het zorgveld. Het tweede deel is een vragenlijstonderzoek onder respondenten uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL en uit het KNMG-artsenpanel. Meer informatie over de opzet van het onderzoek, over de geraadpleegde stakeholders en over de samenstelling van de onderzoekspanels is terug te vinden in hoofdstuk 2 van dit rapport.

Deze eerste eHealth-monitor richt zich vooral op het curatieve deel van de gezondheidszorg. Dat betekent niet dat eHealth niet van belang is in de langdurige zorg; integendeel. Daarom zal in de tweede eHealth-monitor, die in 2014 uitkomt, de focus ook liggen op de langdurige zorg. Op die manier kunnen we recht doen aan het belang van eHealth in beide sectoren.

Stakeholders vinden dat Nederland het in vergelijking met andere landen goed doet. Dit wordt bevestigd door internationaal vergelijkend onderzoek waaruit blijkt dat Nederland zich internationaal in een voorhoede bevindt. Met name het gebruik van digitale dossiers door huisartsen (maar ook door medisch specialisten) is in internationale vergelijking hoog. Echter, waar het gaat om digitale uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorgverleners, zowel binnen ziekenhuizen als tussen instellingen, is er nog veel te winnen.
Belangrijke kansen voor doelmatigheidswinst, kwaliteitswinst en winst voor patiëntveiligheid en continuïteit blijven daardoor nog onbenut. Gebrek aan interoperabiliteit en standaardisatie worden door verschillende partijen genoemd als belangrijke belemmeringen voor informatie-uitwisseling.
Opvallend is dat (koepels van) zorgverleners de ICT-leveranciers in deze een weinig proactieve houding verwijten, terwijl de leveranciers juist aangeven dat zij standaardisatie toejuichen. Hier lijkt wel behoefte te zijn aan een 'centrale regie', maar er is geen gemeenschappelijk beeld wie daarin aan zet is.

Gebrekkige integratie is mogelijk de reden dat men vindt dat de toepassing van eHealth in het zorgveld zich nog voor een belangrijk deel in de fase van experimenteren bevindt: "eHealth is nu vaak nog heel kleinschalig en het is een lappendeken van experimenten." Vooral leveranciers van eHealth-toepassingen geven aan dat het nog niet snel genoeg gaat. Er leven zorgen over het innovatieklimaat in Nederland.
De geïnterviewden wijzen op relatieve onbekendheid met eHealth bij zorggebruikers en zorgverleners.
Het aspect 'financiering' wordt het meest genoemd als belemmerende factor. Enkele leveranciers brengen naar

voren dat subsidies niet altijd op een doelmatige manier worden ingezet en zo marktverstorend kunnen werken. Er is onzekerheid rondom wetgeving, privacy en informatiebeveiliging. Ook is er behoefte aan meer bewijs van de effectiviteit.

Aan de andere kant is er steeds meer ervaring met eHealth, onder andere in de huisartsenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg. Ook is er veel inzicht ontstaan in randvoorwaarden voor implementatie van eHealth. Duidelijke doelstellingen en een goede businesscase zijn hierbij van belang, net als technische en organisatorische randvoorwaarden. Verder moet er veel aandacht zijn voor draagvlak en veranderman-agement.

"Een lappendeken van experimenten."

2. De stand van zaken in cijfers

Voor het vragenlijstonderzoek over de stand van zaken is in de eHealth-monitor gekozen voor een indeling van eHealth-toepassingen in de volgende vier categorieën:

1. het zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie door zorggebruikers;
2. communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener;
3. dossiervoering door zorgverleners;
4. elektronische communicatie tussen zorgverleners.

Per onderdeel geven we hier de belangrijkste conclusies uit het onderzoek weer.

1. Zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie: nauwelijks gebruik zelfmanagementtoepassingen

Toegang tot internet is in Nederland goed geregeld. Vrijwel alle Nederlanders hebben toegang tot internet (94%). Nederlanders gebruiken het internet inmiddels ook op grote schaal als informatiebron voor zorgzaken: 66% zoekt informatie over ziekte of behandeling op internet.

Anders ligt het bij eHealth-toepassingen die een groter beroep doen op meer persoonlijke inzet. Het gebruik van eHealth-toepassingen gericht op zelfmanagement komt nog nauwelijks voor. Ook de groep die hiervan in de toekomst gebruik wil maken is nog redelijk beperkt. Het gaat dan om voorbeelden als het doen van een zelftest op internet (6%), het online bijhouden van de eigen gezondheidsgegevens (4%) of op de telefoon een herinnering instellen voor het innemen van medicijnen (2%).

2. Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener: meer aanbod dan gebruik

Uit het onderzoek komt sterk naar voren dat zorggebruikers nog slecht op de hoogte zijn van de mogelijkheden die zorgverleners bieden voor online communicatie. Zorggebruikers kunnen bijvoorbeeld bij twee derde van de huisartsen via internet een herhaalrecept aanvragen, terwijl maar een op de vijf zorggebruikers weet dat dit kan.

Verder valt op dat online communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener vooralsnog met name een vervanger is van de telefoon. Het wordt ingezet om afspraken te maken, een herhaalrecept aan te vragen en om vragen te stellen.

Zorgverleners bieden nauwelijks eHealth-toepassingen waarmee zorggebruikers inzage krijgen in hun dossier of in labuitslagen. Bijna de helft van de zorggebruikers

geeft aan dat zij wel de mogelijkheid zouden willen hebben om hun dossier via internet in te zien. Artsen zijn juist terughoudend als het gaat om inzage in uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen, gestelde diagnoses of notities in het dossier.
Ook hebben zij geen plannen voor het bieden van mogelijkheden waarmee patiënten zelf online informatie kunnen toevoegen aan hun dossier.
De meerderheid van de artsen weet niet of zij dit willen of wil dit niet. Wel staan artsen juist positief tegenover online inzage van de patiënt in voorgeschreven medicatie. Hier ligt mogelijk een kans om te komen tot meer zelfmanagement omdat zorggebruikers en zorgverleners elkaar hier lijken te vinden.

Van de huisartsen ervaart 48% positieve effecten door contact te leggen met patiënten via internet. De hier gerapporteerde effecten hebben vooral betrekking op toegankelijkheid en doelmatigheid. Huisartsen melden bijvoorbeeld dat patiënten dit prettig vinden (81%), dat de praktijk er toegankelijker van wordt (68%) en dat online contact met patiënten de efficiency van de zorgverlening verbetert (51%). Van de medisch specialisten zegt iets minder dan een derde (32%) positieve effecten te ervaren van online contact met patiënten. Bij de specialisten liggen de gerapporteerde effecten ook vooral op het punt van toegankelijkheid (69%). Ook zeggen zij dat patiënten het prettig vinden (84%) en dat het de continuïteit van de zorg verbetert (41%). Artsen geven beduidend minder vaak aan dat de inzet van online contact met patiënten leidt tot kostenbesparingen (huisartsen: 16%, medisch specialisten: 18%).

3. Dossiervoering door zorgverleners: huisartsen lopen voor op medisch specialisten

De meeste medische dossiers worden inmiddels elektronisch bijgehouden en niet meer op papier: 93% van de huisartsen en 66% van de medisch specialisten houdt zijn dossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. Van de medisch specialisten houdt 15% het dossier voornamelijk of uitsluitend op papier bij. Hoewel de automatisering onder artsen dus behoorlijk is gevorderd, brengt het feit dat papieren dossiervoering nog relatief vaak voorkomt naast elektronische dossiervoering ook risico's met zich mee voor de consistentie van medische dossiers.

Bij het voorschrijven van medicatie krijgen vrijwel alle huisartsen (88-98%) een automatische melding in het geval van een allergie, een contra-indicatie of interactie tussen medicijnen. Bij medisch specialisten ligt dit percentage beduidend lager (30-60%). Dergelijke meldingen zijn van belang voor de medicatieveiligheid en op dit punt is dus nog het nodige te winnen.

Een aanzienlijk deel van de huisartsen (48%) en medisch specialisten (42%) wil graag aanvullende mogelijkheden om gegevens elektronisch op te slaan, bijvoorbeeld correspondentie met andere zorgverleners.

4. Elektronische communicatie tussen zorgverleners: verbetering is nog mogelijk

Veel artsen wisselen patiëntgegevens elektronisch uit. Vrijwel alle (83-90%) huisartsen wisselen elektronisch

patiënteninformatie uit met openbare apotheken, huisartsenposten en ziekenhuizen.
Bijna de helft (46%) van de medisch specialisten wisselt elektronische patiënteninformatie uit met huisartsen en een op de drie (32%) met collega's binnen een instelling. Ook hier blijkt dat medisch specialisten minder mogelijkheden hebben dan huisartsen.
Ondanks het feit dat elektronische informatie-uitwisseling al veel voorkomt, is er zeker nog verdere ontwikkeling mogelijk, bijvoorbeeld bij de uitwisseling van medicatiegegevens. Dit is van belang voor de patiëntveiligheid.

Op dit moment geeft 48% van de huisartsen en 43% van de medisch specialisten aan een uitbreiding van de mogelijkheden te willen om elektronisch gegevens uit te wisselen. Huisartsen zouden graag meer beeldbestanden, correspondentie met andere zorgverleners en elektronische gegevens uit het medisch dossier van andere huisartsen (bij nieuwe patiënten) willen ontvangen en versturen. Medisch specialisten zien het liefst een actueel medicatie-overzicht uit de thuissituatie van de zorggebruiker en correspondentie over verwijzing en ontslag.

Bijna alle huisartsen (94%) en twee derde van de medisch specialisten ervaren positieve effecten door elektronische informatie-uitwisseling over patiënten. Deze artsen ervaren vooral verbetering van de efficiëntie, kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening. Dit komt overeen met de beleidsverwachting dat elektronische informatie-uitwisseling een bijdrage kan leveren aan kwalitatieve en verantwoorde zorg en aan de continuïteit van deze zorg.

Sommige relatief nieuwe ontwikkelingen die verschuivingen mogelijk maken in de werkprocessen in de zorg, beginnen terrein te winnen. Driekwart (75%) van de huisartsen krijgt bijvoorbeeld via teleconsultatie advies van een dermatoloog over een foto van de huid. Een op de drie (34%) krijgt zo advies van een cardioloog over een ECG en een op de zeven (14%) krijgt zo advies van een longarts over de beoordeling van longfunctieonderzoek (spirografie).

Tegelijkertijd is er nog weinig animo voor digitale consulten met andere zorgverleners via een beeldverbinding. Dit is mogelijk bij een op de tien huisartsen, een vijfde van de medisch specialisten en een derde van de psychiaters. Bij alle artsengroepen zien we dat een flink deel van de groep (van 43% tot 80%) aangeeft dit niet te willen of niet te weten of men dit wil. Minder terughoudend daarbij zijn psychiaters als het gaat om contact met andere artsen en medisch specialisten als het gaat om contact met collega-specialisten buiten het ziekenhuis.

3. Hoe nu verder? Uitdagingen en oplossingsrichtingen

Hoewel de mate van automatisering in het zorgveld tamelijk ver is gevorderd, blijft adoptie van zelfmanagementtoepassingen op grote schaal vooralsnog een belofte. Verder is er onder andere op het gebied van patiëntveiligheid en continuïteit van zorg nog voortgang te behalen. Stakeholders zien nog veel uitdagingen, en enkele oplossingsrichtingen. Een gedeelde visie over hoe de ontwikkeling van eHealth versneld kan worden en wie daarin welke rol heeft, is er echter niet.

Het is belangrijk om te beseffen dat eHealth een verzamelnaam is van een grote diversiteit aan toepassingen. Elk van die toepassingen kent zijn eigen dynamiek en kansen. Om eHealth succesvol te laten zijn zal de focus verlegd moeten worden naar specifieke toepassingen waarvoor het meeste draagvlak is, en waarmee meerwaarde gerealiseerd kan worden. Deze eHealth-monitor maakt zichtbaar waar kansen liggen, al geldt nog steeds dat de financiering, wet- en regelgeving en de vraag naar regie een rol blijven spelen. De kansen zijn:

1. **Maak bekend wat al kan en vergroot het bewustzijn onder zorggebruikers**

Nederlandse burgers weten hun weg te vinden op internet. Ze gebruiken internet ook om informatie te zoeken over ziekte of behandeling. Veel artsen geven aan dat het mogelijk is om via internet een herhaalrecept op te vragen, vragen te stellen of dat er plannen zijn om mogelijk te maken dat patiënten zelf afspraken maken. Zorggebruikers blijken hier slecht van op de hoogte. Meer bekendheid geven aan de mogelijkheden die er zijn, is een eerste voor de hand liggende stap.

Daarnaast zou het voor de algemene beeldvorming rond eHealth goed zijn als de meerwaarde voor de zorg zichtbaarder wordt. Wat ICT kan betekenen voor kwaliteit en veiligheid van patiëntenzorg blijft onderbelicht, evenals de mogelijkheden die ICT biedt om het gemak en de positie van de patiënt te versterken.

Veel zorggebruikers zijn al vertrouwd met het gebruik van ICT in bijvoorbeeld hun bankzaken, het boeken van reizen en in het gebruik van email en sociale media. In de zorg lijkt het gebruik van ICT voor hen nog minder vanzelfsprekend. eHealth-toepassingen die kunnen helpen bij het actief management van gezondheid en ziekte, zoals het zelf bijhouden van gezondheidsgegevens, worden weinig gebruikt en veel mensen geven aan dat men deze toepassingen niet wil gebruiken of dat men niet weet of men dit wil. Mogelijk kan men zich hier nog weinig bij voorstellen. Een betere voorlichting over wat eHealth-toepassingen kunnen bieden voor zorggebruikers (en zichtbaarheid van goede voorbeelden) kan acceptatie en vraag bevorderen.

Een effectieve veranderstrategie zal zorggebruikers én artsen stapsgewijs kennis laten maken met nieuwe eHealth-toepassingen in de zorg. Iedere stap is daarbij een stap in de goede richting: het via internet maken van een afspraak bij de huisarts of het via internet kunnen inzien van het eigen medicatiedossier.

2. **Investeer in informatieoverdracht**

Veel artsen hebben een elektronisch dossier met gegevens over hun patiënten. Dit geldt voor vrijwel alle huisartsen en in mindere mate voor medisch specialisten. Hiermee samenhangend blijkt dat de elektronische informatie-uitwisseling achterblijft. Denk hierbij aan de uitwisseling van elektronische informatie tussen medisch specialisten en huisartsen. Een ander voorbeeld is de informatie-uitwisseling tussen afdelingen binnen één ziekenhuis, bijvoorbeeld voor het verkrijgen van een actueel medicatieoverzicht van de ziekenhuisapotheek. In 2011 constateerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat knelpunten in de elektronische informatie-uitwisseling risico's met zich meebrengen voor de patiëntveiligheid (IGZ, 2011).

De bereidheid onder artsen om deze informatie elektronisch uit te wisselen is groot. Gezien het grote belang van patiëntveiligheid, en de risico's voor patiënten en zorginstellingen bij het negeren hiervan, is de urgentie groot om dit punt op orde te brengen.

3. Geef patiënten inzage in hun medicatiedossier

Het op orde hebben van de elektronische dossiervoering is een randvoorwaarde voor de toegankelijkheid van informatie, ook voor zorggebruikers. Veel zorggebruikers (39-49%) zeggen dat ze inzage willen hebben in hun medische dossier, veel artsen staan hier veel terughoudender tegenover. Waar beide partijen elkaar wel op vinden is de informatievoorziening over de voorgeschreven medicatie. Dat is informatie die artsen zelf nodig hebben, die ze ook willen delen met hun patiënten en die patiënten graag willen hebben. Wij denken dat het toegankelijk maken van medicatie-informatie een eerste stap kan zijn in het verder toegankelijk maken van de patiëntendossiers.

4. Vergroot bewustzijn en deskundigheid onder artsen

Bij artsen leven nog veel vragen over de praktische aspecten van eHealth. Ze geven bijvoorbeeld aan niet te weten hoe elektronische gegevensuitwisseling zich verhoudt tot de huidige wet- en regelgeving of hoe een informatiesysteem op de juiste wijze moet worden ingericht. Ook bij artsen kan meer kennis leiden tot een beter gebruik van eHealth. Hier kan nascholing helpen, evenals opname van eHealth-deskundigheid in curricula. Ook voor artsen geldt dat verandering stapsgewijs zal moeten zijn.

4. Wie is aan zet?

Tijdens de gesprekken met stakeholders werd het gebrek aan regie vaak als groot probleem genoemd. Voor het oppakken van die regierol wordt naar de landelijke overheid gekeken. De ontwikkelingen in de organisatie van de gezondheidszorg laten echter een heel andere beweging zien: de regierol in de zorg wordt verlegd naar verzekeraars en gemeentes. Mogelijk is de tijd rijp voor een andere invulling van de regierol van de landelijke overheid, naar voorbeeld van het Amerikaanse 'meaningful use'-programma.
Dit programma heeft betrekking op Medicaid en Medicare[3]. In dit programma stelt de Amerikaanse overheid duidelijke kaders, voorzien van een concrete tijdslijn, waarmee zij aan zorgaanbieders duidelijk maakt wat de voorwaarden zijn, waaraan zij binnen een vastgestelde periode moeten voldoen om in aanmerking te komen voor financiering. Deze aanpak leidt ertoe dat het veld gaat investeren om financiering in de toekomst veilig te stellen. Het Nederlandse zorgstelsel verschilt sterk van de organisatie van Medicare en Medicaid. Dit betekent dat het Amerikaanse model niet zomaar te kopiëren is.
Maar de essentie is dat de overheid een helder tijdspad definieert en aan het al dan niet behalen ervan consequenties verbindt. Het ligt voor de hand dat in de Nederlandse situatie de verzekeraars hierbij ook een rol kunnen spelen.

In ieder geval blijven ook de veldpartijen aan zet: zorgprofessionals, zorginstellingen, verzekeraars, ICT-leveranciers en zorggebruikers. Zij zijn in de positie om eHealth-toepassingen die een evidente

[3] Medicare is een programma van de Amerikaanse federale overheid. Het is een sociaal verzekeringsprogramma voor Amerikanen van 65 jaar of ouder en mensen met een handicap. Medicaid wordt georganiseerd door de federale overheid en de afzonderlijke staten en verzekert medische zorg voor mensen met een laag inkomen en vermogen. Volgens de Henry J. Kaiser Family Foundation valt 16% van de Amerikaanse bevolking onder Medicare en 21% van de Amerikaanse bevolking onder Medicaid (The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010, 2011).

meerwaarde hebben daadwerkelijk vooruit te brengen. Er ligt een unieke kans om de voorsprong die Nederland heeft op eHealth te behouden en wellicht zelfs uit te bouwen. Wie weet biedt eHealth dan niet alleen oplossingen om de gezondheidszorg betaalbaar te houden, maar ook een kans om Nederland innovatief te onderscheiden.

Referenties

IGZ (2011). *Staat van de Gezondheidszorg 2011.* Utrecht

Rijen, van A., Lint, de M. en Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-Health, achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies E-Health in zicht.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RIVM (2013). *Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volkgezondheid.* Versie 4.12, 13 juni 2013. Opgehaald van http://www.nationaalkompas.nl

The Henry J. Kaiser Family Foundation (2010, 2011). *State Health Facts.* Opgeroepen op 28 augustus 2013, van The Henry J. Kaiser Family Foundation: http://kff.org/statedata/



1. Inleiding

De zorg in Nederland wordt geconfronteerd met enkele belangrijke demografische ontwikkelingen. Zo zal de vergrijzing de komende decennia toenemen en zal het aantal chronisch zieken met meerdere aandoeningen stijgen. Tegelijkertijd is er een krapte op de arbeidsmarkt voor met name verplegend en verzorgend personeel. Ook ligt er een steeds sterkere nadruk op de eigen regie, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van zorggebruikers (Ministerie van VWS, januari 2012).

Hierbij is de uitdaging dat de zorg voor iedereen toegankelijk en dus betaalbaar blijft, terwijl tegelijkertijd zorg van hoge kwaliteit wordt geboden. Bij het toekomstbestendiger maken van de zorg kan eHealth[4] mogelijk helpen. De verwachting is dat eHealth, mits goed ingezet, kan bijdragen aan betaalbare, toegankelijke zorg van hoge kwaliteit. Daarnaast wordt gedacht dat eHealth de vrijheid en zelfredzaamheid van zorggebruikers kan versterken. Ook kan eHealth een oplossing bieden voor het dreigend personeelstekort en bijdragen aan het verbeteren van de patiëntveiligheid in de zorg (Minister van VWS, juni 2012).

De indruk bestaat dat de potentie, die het gebruik van eHealth in de gezondheidszorg heeft, nog niet ten volle wordt benut. De minister van VWS heeft aangegeven dat adaptatie door patiënten en professionals een belangrijke succesfactor is voor het gebruik van eHealth in de praktijk (Minister van VWS, juni 2012). Om die reden heeft zij besloten het gebruik van eHealth jaarlijks te laten monitoren.

1.1 Onderzoeksvragen

Dit rapport beschrijft de resultaten van de eerste meting voor de eHealth-monitor, die in 2013 is uitgevoerd door Nictiz en het NIVEL. De eHealth-monitor is een doorlopend onderzoek om jaarlijks de ontwikkeling in het gebruik van eHealth in Nederland in kaart brengen. De centrale vraagstelling van deze monitor is dan ook:

Welke ontwikkelingen in het gebruik van eHealth doen zich in Nederland voor?

Zoals uit de definitie van eHealth blijkt, is eHealth een breed begrip. Voor een monitor die zich richt op mogelijke ontwikkelingen zou een te strikte afbakening daarom ongewenst zijn. Immers, dan zouden zich relevante ontwikkelingen kunnen voordoen, die zich aan de monitor zouden kunnen onttrekken. Om die ontwikkelingen wel in de monitor te kunnen betrekken is gekozen voor een open benadering. Daarbij richten we ons op zowel op de zorggebruikers en zorgaanbieders als op hun onderlinge interactie (Krijgsman en Klein Wolterink, 2012). We hebben daartoe het brede terrein van eHealth onderverdeeld in vier categorieën.

[4] De definitie van eHealth die in dit rapport wordt gehanteerd, sluit aan bij definitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ): “eHealth is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren” (Van Rijen, de Lint en Ottes, 2002).

De categorieën zijn:

1. **Het zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie.** Deze categorie gaat over zaken die de zorggebruiker zelf kan doen in zijn eigen leefomgeving. Denk hierbij aan het gebruik van internet en mobiele apps voor digitale zelftests, het bijhouden van gegevens over de gezondheid of het deelnemen aan een online discussiegroep met lotgenoten. Zoals besproken bij de introductie van de beleidsdoelen, wordt van deze toepassingen verwacht dat ze met name bijdragen aan de doelen zelfmanagement en kwaliteit van zorg.
2. **Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener.** Deze categorie gaat over online communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener, zoals het online maken van afspraken met of stellen van vragen aan de zorgverlener. Andere voorbeelden zijn online inzage in het dossier van de zorgverlener, online behandeling en telemonitoring. Van deze toepassingen wordt verwacht dat ze bijdragen aan de beleidsdoelen zelfmanagement, toegankelijkheid, patiëntveiligheid en doelmatigheid en betaalbaarheid.
3. **Dossiervoering voor zorgverleners.** Hierbij gaat het om het gebruik van eHealth door de zorgverlener in zijn werkomgeving. We concentreren ons daarbij op het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de zorgverlener. Naast registratie van patiëntgegevens, kunnen EPD's automatische waarschuwingen genereren, bijvoorbeeld over mogelijke ongewenste interacties tussen geneesmiddelen. Van EPD's wordt verwacht dat deze bijdragen aan verschillende beleidsdoelen, waaronder patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg en doelmatigheid en betaalbaarheid.
4. **Communicatie tussen zorgverleners.** Bij deze categorie gaat het om de elektronische communicatie tussen zorgverleners. Omdat de patiënt tijdens het zorgproces te maken krijgt met meerdere zorgverleners, wisselen zorgverleners veel informatie uit, zoals verwijsbrieven en behandelverslagen. Daarnaast zijn er digitale mogelijkheden om advies te vragen aan collega-zorgverleners (teleconsultatie). Van elektronische communicatie tussen zorgverleners wordt verwacht dat dit bijdraagt aan patiëntveiligheid, continuïteit van zorg, kwaliteit van zorg en doelmatigheid en betaalbaarheid.

Binnen elk van deze categorieën wordt vervolgens gerapporteerd over beschikbaarheid, gebruik, beïnvloedende factoren en effecten. Gaandeweg zullen ook ontwikkelingen in de tijd zichtbaar gemaakt kunnen worden. Dit betekent dat een aantal bevindingen die nu worden gerapporteerd de komende jaren weer worden gemeten en gerapporteerd. De invulling van de monitor voor elk van de vier categorieën vindt plaats aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

1. In welke mate hebben zorggebruikers en zorgverleners eHealth-toepassingen tot hun beschikking?
2. In hoeverre maken zij gebruik van de eHealth-toepassingen die tot hun beschikking staan?
3. Welke factoren beïnvloeden het gebruik van eHealth door zorgverleners en zorggebruikers (in positieve en negatieve zin)?
4. Welke effecten ervaren zorggebruikers en zorgverleners van het gebruik van eHealth-toepassingen?
5. Welke ontwikkelingen in de tijd zijn zichtbaar op deze terreinen?

Voor deze eerste versie van de eHealth monitor is, om redenen van uitvoerbaarheid, gekozen om het accent te leggen op het curatieve deel van de gezondheidszorg. Dat betekent niet dat eHealth niet van belang is in de langdurige zorg; integendeel. Daarom komt in de tweede eHealth-monitor, die in 2014 uitkomt, de focus ook te liggen op de langdurige zorg. Op die manier kunnen we recht doen aan het belang van eHealth in beide sectoren.

Inzet van eHealth is uiteraard geen doel op zich. De gekozen eHealth-toepassingen dragen op verschillende manieren bij aan belangrijke beleidsdoelen in de zorg. Daarom is het belangrijk om hier aandacht te besteden aan de beleidsdoelen en de relatie tussen de vier categorieën en deze doelen.

1.2 Wat bereikt de zorg met eHealth?

Op basis van (inter)nationale literatuur onderscheiden we zes beleidsdoelen waarvoor eHealth mogelijk een meerwaarde kan hebben (Minister en staatssecretaris van VWS, februari 2013) (Minister van VWS, juni 2012) (Minister en staatssecretaris van VWS, oktober 2011) (Gartner, 2009) (Canada Health Infoway, 2013). Deze doelen worden hier besproken en vervolgens samengevat in tabel 1-1. Hierbij worden op basis van recente beleidsliteratuur voorbeelden gegeven van eHealth-toepassingen die mogelijk aan deze doelen kunnen bijdragen.

Zelfmanagement

Op Europees niveau wordt eHealth gezien als middel voor het mondig maken van patiënten (of in het Engels ‘patient empowerment’) (Europese Commissie, 2012). Een mondige patiënt is beter in staat tot zelfmanagement. Hij neemt verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid, zoekt alleen actief zorg indien nodig en voelt zich in staat te participeren in besluitvorming met zijn zorgverleners (European Network on Patient Empowerment, 2013). Zeker voor chronisch zieken is adequaat zelfmanagement essentieel om hun ziekte zo goed mogelijk in het leven in te passen. De chronische patiënt moet eigen verantwoordelijkheid nemen voor de gezondheid, bijvoorbeeld via een leefstijl die eraan bijdraagt dat de ziekte niet verergert (Minister en staatssecretaris van VWS, juni 2008) (Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol en Schellevis, 2011). Voor het toepassen van zelfmanagement is het van belang dat de patiënt de beschikking heeft over adequate informatie en hier ook actief gebruik van maakt (Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement, 2012) (Engels en Dijcks, 2010) (European Network on Patient Empowerment, 2013). Dankzij grotere transparantie en een betere toegang tot diensten en informatie vergroot eHealth de kwaliteit van leven en de mondigheid van de patiënt. Daarbij kan de gezondheidszorg met behulp van eHealth meer op de burger worden afgestemd (Europese Commissie, 2012). Het landelijk beleid op het gebied van eHealth sluit hierop aan. De overheid wil dat patiënten de mogelijkheid krijgen om hun eigen medisch dossier elektronisch in te zien (Minister van VWS, juni 2012). De NPCF pleit voor een persoonlijk gezondheidsdossier (PGD), dat aan patiënten de mogelijkheid biedt om hun eigen gezondheidsgegevens bij te houden en deze informatie desgewenst toegankelijk te maken voor zorgverleners (Bierma en Heldoorn, 2013). De Toekomstvisie Huisartsenzorg wijst erop dat de patiënt steeds meer medebehandelaar wordt en maximaal geïnformeerd wil worden over zijn gezondheidstoestand (LHV en NHG, 2012).

Doelmatigheid en betaalbaarheid

Vanwege de voortdurende stijging van de zorgkosten en het tekort aan arbeidskrachten, met name onder verplegend en verzorgend personeel, is behoefte aan slimme manieren van werken die de effectiviteit en efficiëntie van het zorgproces vergroten. Dit kan bijvoorbeeld door tijd te besparen of door substitutie van zorgactiviteiten, eventueel op een andere plek in de zorgketen. Een voorbeeld van een dergelijke oplossing is teledermatologie, waarbij de huisarts een foto maakt van een huidaandoening en vervolgens via internet advies vraagt aan een dermatoloog. Dit levert met name voordelen op het gebied van efficiëntie. Er kan veel tijdswinst behaald worden voor de patiënt en de zorgverlener. Een bijkomend effect is dat de huisarts kan leren van de adviezen van de medisch specialist en dat de medisch specialist meer tijd heeft voor de patiënten met complexere problemen (Ketelaar, 2011).

Bij telemonitoring volgt een zorgverlener op afstand de gezondheidstoestand van de patiënt, die hiervoor zelf thuis metingen doet of vragenlijsten invult. Van telemonitoring wordt verwacht dat het gebruik ervan leidt tot minder bezoeken aan de polikliniek en het voorkomen van ziekenhuisopnames (Rövekamp en Valentijn, 2010) (NYFER, 2013).

Het efficiënter verzamelen van informatie voor kwaliteitsregistraties en financiële administraties door een betere registratie in het primaire proces, door betere inrichting van het elektronisch patiëntendossier (EPD), kan ook tot arbeidsbesparing leiden (Hazelzet en Georgieva, 2013).

Continuïteit van zorg

In toenemende mate werken zorgprofessionals van verschillende disciplines samen bij de zorg voor patiënten. Voor de patiënt is het van belang dat er sprake is van continuïteit in het zorgproces en dat de interventies van de verschillende zorgverleners op elkaar zijn afgestemd. Adequate dossiervoering en goede communicatie en informatieoverdracht tussen zorgverleners zijn cruciaal voor verantwoorde en veilige zorg van goede kwaliteit (Minister van VWS, juni 2012) (IGZ, 2011) (KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF, 2010). Uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) blijkt echter ook dat er structurele knelpunten bestaan in de informatieoverdracht tussen zorgverleners. Door ontbrekende, niet-gestructureerde of niet-relevante informatie kunnen fouten ontstaan (IGZ, 2011).

Continuïteit van zorg wordt gewaarborgd door gegevens uit te wisselen of gezamenlijk gebruik te maken van een elektronisch dossier. Goed gegevensbeheer in het EPD en adequate informatie-uitwisseling is de basis voor samenhangende en afgestemde zorg (LHV en NHG, 2012).

Patiëntveiligheid

Het is van belang voor de patiëntveiligheid dat zorgverleners tijdig beschikken over juiste en relevante informatie over de patiënt. Informatie over een patiënt blijkt in de praktijk echter vaak versnipperd tussen en binnen zorginstellingen, waardoor dossiers niet altijd compleet en actueel zijn. Hierdoor kunnen fouten ontstaan. Zo kunnen onjuiste of onvolledige medicatieoverzichten leiden tot verkeerde beslissingen die voor levensgevaarlijke situaties zorgen (Lemmens en

Weda, 2013) (Van den Bemt, Egberts en Leendertse, 2006). In de praktijk bestaan er nog grote verschillen tussen zorgsectoren in de mate van automatisering. Een EPD kan de kwaliteit van de verslaglegging verhogen, wat de patiëntveiligheid verhoogt. Als het werkproces echter onvoldoende ondersteund wordt door het EPD, verhoogt dit het risico op fouten en het niet tijdig beschikbaar hebben van informatie (IGZ, 2011). Behalve van EPD's wordt ook van PGD's een bijdrage verwacht aan de patiëntveiligheid. De patiënt kan fouten signaleren, doordat hij via een PGD de beschikking heeft over de relevante gegevens (Bierma en Heldoorn, 2013).

Beslissingsondersteuning in de informatiesystemen kan zorgen voor veiligere zorg en betere uitvoering van het zorgproces, bijvoorbeeld door automatische waarschuwingen bij een allergie van een patiënt of bij interacties tussen geneesmiddelen. Zo kan de zorgverlener door beslissingsondersteuning en algoritmes ondersteund worden bij het elektronisch voorschrijven van medicatie en het vaststellen van diagnoses of beleid (LHV en NHG, 2012).

Kwaliteit van zorg

Het meten van kwaliteit in de zorg is belangrijk om gefundeerde vergelijkingen tussen zorgaanbieders en verbetering van de kwaliteit mogelijk te maken. Daarvoor zijn betrouwbare gegevens nodig uit het zorgproces van zorgverleners en patiënten. In de praktijk blijkt het verzamelen van kwaliteitsgegevens vaak arbeidsintensief en blijken deze gegevens niet altijd betrouwbaar (Kringos, et al., 2012). Een goede registratie van het zorgproces kan hierin verbetering brengen. Als het zorgproces rond een patiënt adequaat en uniform gedocumenteerd wordt, kunnen de gegevens voor meerdere doeleinden gebruikt worden: door andere zorgverleners, voor het afleiden van financiële gegevens en kwaliteitsinformatie en voor onderzoek. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) pleit daarom voor het gebruik van uniforme en gestandaardiseerde patiëntendossiers (Hazelzet en Georgieva, 2013).

Toegankelijkheid

Zorg is nog vaak tijd- en plaatsgebonden. Hierdoor zijn zorg en werk soms moeilijk te combineren en moeten ook minder mobiele patiënten reizen om hun zorgverlener te bezoeken. Via moderne communicatiemiddelen kunnen artsen makkelijker geraadpleegd worden voor eenvoudige vragen en klachten en maakt eHealth het makkelijker om frequent contact te onderhouden (NYFER, 2013). In de huisartsenzorg kunnen dergelijke toepassingen een belangrijke bijdrage leveren aan de verbetering van de service en praktijkorganisatie van huisartsenpraktijken (LHV en NHG, 2012). Door online behandelingen en andere vormen van e-mental health kunnen cliënten ook behandeld worden buiten het directe regionale adherentiegebied. Verder kunnen doelgroepen worden bereikt die nog niet of nog onvoldoende bereikt werden (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer en Mutsaers, 2007) (Schalken en Stichting E-hulp.nl, 2010).

Tabel 1-1
Mogelijke bijdragen van eHealth-toepassingen aan de beschreven beleidsdoelen.

Beleidsdoel	Mogelijke inzet van eHealth-toepassingen
Zelfmanagement	Implementatie van toepassingen die erop gericht zijn om de patiënt meer actief te betrekken bij het zorgproces, bijvoorbeeld door het verstrekken van goede gezondheidsinformatie, het inzage bieden in het dossier, de mogelijkheid om zelf gezondheidsgegevens te meten en/of bij te houden, de mogelijkheid om makkelijker informatie te verstrekken aan zorgverleners, met als ultieme doel de ondersteuning van patiënten zodat zij ondanks ziekte of beperking maatschappelijk optimaal kunnen functioneren.
Doelmatigheid en betaalbaarheid	Implementatie van toepassingen die erop gericht zijn om de effectiviteit en efficiëntie van het zorgproces te vergroten, bijvoorbeeld doordat tijd wordt bespaard of door substitutie van zorgactiviteiten, eventueel op een andere plek in de zorgketen. Voorbeelden zijn teleconsultatie, telediagnose, online therapie, beeldcommunicatie ter vervanging van bezoeken en analytische informatie die kostenvergelijking mogelijk maakt.
Continuïteit van zorg	Implementatie van toepassingen die erop gericht zijn om een goede aansluiting mogelijk te maken tussen zorgverleners in verschillende zorgdomeinen (zoals huisarts, ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum, thuiszorg), waardoor de patiënt een naadloze aansluiting ervaart tussen de verschillende vormen van zorg. Voorbeelden zijn: elektronische gegevens-uitwisseling, geïntegreerde zorgdossiers en/of zorgplannen, oplossingen ter ondersteuning van multidisciplinair overleg.
Patiëntveiligheid	Implementatie van toepassingen die er op gericht zijn om fouten te voorkomen en te achterhalen, zoals adequate dossiervoering, beslissingsondersteuning en elektronische gegevensuitwisseling, bijvoorbeeld op het gebied van medicatie.
Kwaliteit van zorg	Implementatie van toepassingen die er op gericht zijn om de zorg aan de patiënt te verbeteren of om de kwaliteit van zorg te meten en het inzicht in de kwaliteitsindicatoren van de geleverde zorg te vergroten; voorbeelden zijn: registratie van kwaliteitsgegevens, keuze-informatie voor patiënten, goede dossiervorming.
Toegankelijkheid	Implementatie van toepassingen die erop gericht zijn om eenvoudige en tijdige toegang tot zorg te faciliteren en effectieve interactie met de zorgverlener te bevorderen, zoals online afspraken, e-consult en online behandeling.

1.3 eHealth-categorieën en beleidsdoelen
Nu de beleidsdoelen geïntroduceerd zijn, kan de relatie tussen de vier categorieën van eHealth-toepassingen en de beleidsdoelen worden aangegeven. Dit gebeurt op basis van de in dit hoofdstuk besproken literatuur. Tabel 1-2 geeft hier een overzicht van. Het is mogelijk dat categorieën daarnaast ook met andere beleidsdoelen in verband worden gebracht.

1.4 Leeswijzer
In hoofdstuk 2 wordt nader ingegaan op de gehanteerde onderzoeksmethoden. In een serie gesprekken is met belanghebbenden in het zorgveld gesproken over hun visie op eHealth. Daarnaast is een uitgebreid vragenlijst-onderzoek uitgevoerd onder zorgverleners en zorggebruikers.

Hoofdstuk 3 presenteert de uitkomsten van de gevoerde gesprekken met belanghebbenden, waarbij de verschillende onderzoeksvragen aan de orde komen.

In hoofdstuk 4 tot en met 7 komen vervolgens de resultaten van het uitgevoerde vragenlijstonderzoek voor elk van de vier gepresenteerde categorieën aan de orde. De onderzoeksvragen worden per categorie behandeld, waarbij in het vragenlijstonderzoek de nadruk ligt op beschikbaarheid en gebruik.

Tabel 1-2
De relatie tussen de vier categorieën van eHealth-toepassingen en de beleidsdoelen.

	Beleidsdoel	Mogelijke inzet van eHealth-toepassingen			
		Zoeken of bijhouden van gezondheids-informatie	Communicatie tussen zorgverlener en zorggebruiker	Dossiervoering door zorgverleners	Communicatie tussen zorgverleners
Beleidsdoelen	Zelfmanagement	✔ [1]	✔ [3]		
	Doelmatigheid en betaalbaarheid		✔ [4]	✔ [7]	✔ [10]
	Continuïteit van zorg				✔ [11]
	Patiëntveiligheid		✔ [5]	✔ [8]	✔ [12]
	Kwaliteit van zorg	✔ [2]		✔ [9]	✔ [13]
	Toegankelijkheid		✔ [6]		

1. zelf bijhouden van gegevens/zelfmonitoring: (Baardman, De Booys, Heldoorn en Meulmeester, 2009) (Engels en Dijcks, 2010) (Bierma en Heldoorn, 2013) zelftest: (Baardman, De Booys, Heldoorn en Meulmeester, 2009)
2. keuze-informatie voor patiënten: (Ketelaar, 2011)
3. e-inzage/PGD/patiëntportaal/beschikken over adequate informatie: (Minister van VWS, juni 2012) (LHV en NHG, 2012) (Bierma en Heldoorn, 2013
(Baardman, De Booys, Heldoorn en Meulmeester, 2009) (Engels en Dijcks, 2010) telemonitoring: (Ketelaar, 2011) e-mental health/online behandeling: (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer en Mutsaers, 2007) (Europese Commissie, 2012)
4. telemonitoring: (Rövekamp en Valentijn, 2010) (Ketelaar, 2011) (NYFER, 2013) online therapie: (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer en Mutsaers, 2007) webspreekuur: (Ketelaar, 2011)
5. PGD/e-inzage: (Bierma en Heldoorn, 2013)
6. e-consult, webspreekuur, e-afspraak, etc.: (NYFER, 2013) (LHV en NHG, 2012) (Ketelaar, 2011) online therapie etc.: (Riper, Smit, van der Zanden, Conijn, Kramer en Mutsaers, 2007)
7. efficiënter verzamelen van informatie voor kwaliteitsregistraties en financiële administraties: (Hazelzet en Georgieva, 2013)
8. dossiervoering: (IGZ, 2011) (Minister van VWS, juni 2012) beslissingsondersteuning: (LHV en NHG, 2012)
9. dossiervoering: (Minister van VWS, juni 2012) kwaliteitsregistraties: (Kringos, et al., 2012) (Hazelzet en Georgieva, 2013)
10. teleconsultatie: (Ketelaar, 2011)
11. gegevensuitwisseling: (IGZ, 2011) (Minister van VWS, juni 2012) (LHV en NHG, 2012)
12. gegevensuitwisseling: (IGZ, 2011) (Minister van VWS, juni 2012)
13. teleconsultatie: (Ketelaar, 2011)

In dit rapport wordt gesproken over zorggebruikers. Wij bedoelen hiermee elke Nederlandse burger die toegang heeft tot de gezondheidszorg. Niet iedere zorggebruiker is noodzakelijk ook patiënt. Waar we in dit rapport de term patiënt gebruiken, bedoelen we niet alleen mensen die onder behandeling zijn bij een zorgverlener, maar ook mensen die ingeschreven staan bij een zorgverlener of zorginstelling. In sommige sectoren van de zorg spreekt men niet van patiënten, maar van cliënten. Waar dit van toepassing is, kan in dit rapport in plaats van patiënt ook cliënt worden gelezen.

1.5 Referenties

Baardman, J., de Booys, M., Heldoorn, M. en Meulmeester, M. (2009). *Zelfmanagement 2.0*. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

Bemt, van den, Egberts en Leendertse (2006). *Hospital admissions related to medication (HARM).* Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.

Bierma, L. en Heldoorn, M. (2013). *Het persoonlijk gezondheidsdossier De visie van patiëntenfederatie NPCF*. Utrecht: NPCF.

Canada Health Infoway (2013). *Opportunities for Action a Pan-Canadian Digital Health Strategic Plan.* Canada Health Infoway.

Engels, J. en Dijcks, B. (2010). *Zelfmanagement: verkenning en agendasetting*. Utrecht: Vilans.

European Network on Patient Empowerment (2013, januari 7). *About Patient empowerment.* Opgeroepen op juli 1, 2013, van ENOPE: http://enope.eu/patient-empowerment.aspx

Europese Commissie (2012). *Actieplan e-gezondheids-zorg 2012-2020 Innovatieve gezondheidszorg voor de 21e eeuw.* Brussel: Europese Commissie.

Gartner (2009). *eHealth for a Healthier Europe! Opportunities for a better use of healthcare resources.* The Ministry of Health and Social Affairs in Sweden.

Hazelzet, J. en Georgieva, P. (2013). *Registratie aan de bron* NFU.

IGZ (2011). *Staat van de Gezondheidszorg 2011.* Utrecht.

Ketelaar, P. (2011). *eHealth in Beeld.* KNMG, NVEH en eHealthNu.

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF (2010). *Handreiking Verant-woordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.* KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF.

Krijgsman, J. en Klein Wolterink, G. (2012). *Ordening in de wereld van eHealth*. Den Haag: Nictiz.

Kringos, D.S., Anema, H.A., Asbroek, ten A.H.A., Fischer, C., Botje, D., Kievit, J., et al. (2012). *Beperkt Zicht Onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg.* Amsterdam: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (2012). *Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement 2008-2012, "Kennis, Resultaten en Toekomst".* Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement.

Lemmens, L. en Weda, M. (2013). *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën.* Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

LHV en NHG (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.* Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Utrecht: LHV, NHG.

Minister en staatssecretaris van VWS (februari 2013). *Gezamenlijke agenda VWS 'van systemen naar mensen' brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.* Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Minister en staatssecretaris van VWS (juni 2008).

Programmatische aanpak van chronische ziekten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister en staatssecretaris van VWS (oktober 2011). *Zorg en ondersteuning in de buurt, brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister van VWS (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health*. Den Haag: Ministerie van Volkgsgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (januari 2012). *Speel met kennis, strategische kennisagenda 2020.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

NYFER (2013). *Gezond online.* NYFER. Utrecht: NYFER.

Rijen, van A., Lint, de M. en Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-Health, achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies E-Health in zicht.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Riper, H., Smit, F., Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J. en Mutsaers, K. (2007). *e-Mental Health High Tech, High Touch, High Trust.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Rövekamp, T. en Valentijn, P. (2010). *Inventarisatie eHealthNu Expertgroep Hartfalen*. eHealthNu.
Schalken, F. en Stichting E-hulp.nl (2010). *Handboek online hulpverlening.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M. en Schellevis, F. (2011). *Zorg voor chronisch zieken Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: NIVEL.



2. Onderzoeksmethode

Om de onderzoeksvragen van deze monitor te beantwoorden, is gebruik gemaakt van twee elkaar aanvullende methoden. Er is een consultatieronde onder stakeholders georganiseerd om inzicht te krijgen in de visie en opvattingen van verschillende stakeholders rondom het gebruik, de implementatie en de verwachte effecten van eHealth. Daarnaast is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder zorggebruikers en zorgverleners om inzicht te krijgen in de beschikbaarheid van eHealth, het gebruik hiervan en ervaren effecten in de praktijk. Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksaanpak van beide methoden.

2.1 Aanpak van de consultatieronde

In de consultatieronde werden eenentwintig semi-gestructureerde interviews gehouden met vertegenwoordigers van verschillende soorten organisaties in het zorgveld. Er is gestreefd naar een selectie van organisaties waarbij de eerste lijn en de tweede lijn in de zorg vertegenwoordigd zijn, evenals de geestelijke gezondheidszorg en de care. De lijst van organisaties is opgenomen in bijlage 1.

In het algemeen werd gesproken met beleidsmedewerkers of programma- en projectleiders, die in de dagelijkse praktijk werkzaamheden uitvoeren gerelateerd aan het thema ICT en/of eHealth. In enkele gevallen werd gesproken met een directeur of eigenaar. De gesprekken werden gevoerd aan de hand van een lijst van onderwerpen die bij de uitnodiging voor het gesprek aan de geïnterviewde werd verstrekt. De onderwerpen betroffen: de visie van de organisatie op eHealth, de houding van de organisatie ten opzichte van eHealth, ontwikkelingen op het gebied van eHealth, effecten van eHealth, belemmeringen en stimulansen voor de adoptie van eHealth en implementatiestrategieën voor eHealth. Ook werd gevraagd naar wie in het zorgveld een leidende rol heeft of zou moeten hebben voor het vergroten van de adoptie van eHealth.

Van elk gesprek werd een schriftelijk verslag gemaakt dat ter verificatie voorgelegd werd aan de geïnterviewde, die desgewenst wijzigingen kon voorstellen. Op basis van de gespreksverslagen werd vervolgens de inhoud per onderwerp samengevat. Dit vormde de basis voor het verslag in dit rapport.

2.2 Aanpak van het vragenlijstonderzoek

2.2.1 Dataverzameling

Er zijn vragenlijsten afgenomen onder zorggebruikers en zorgverleners. Voor de benadering is gebruik gemaakt van bestaande panels van zorggebruikers en zorgverleners. Voordeel van het gebruik van dergelijke panels, ten opzichte van andere manieren van dataverzameling onder deze groepen, is dat hiermee op een efficiënte en betrouwbare manier data kan worden verzameld. Panelleden hebben immers al aangegeven

bereid te zijn tot deelname aan een onderzoek. De respons ligt daarom bij een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een panel doorgaans hoog.

Zorggebruikers

Voor de groep zorggebruikers is gebruik gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg verzamelt onder de algemene bevolking in Nederland informatie over meningen en ervaringen met betrekking tot de gezondheidzorg (kader 2-1). Op het moment van deze studie (mei 2013) bestond het panel uit ruim 6.000 personen van 18 jaar en ouder. Voor het onderzoek is begin mei 2013 een steekproef van 1.500 panelleden benaderd met een schriftelijke of online vragenlijst. Zij ontvingen respectievelijk een schriftelijke of twee online reminders.

Van de 1.500 panelleden die werden benaderd, respondeerden 769 panelleden (respons 51%). De steekproef was naar leeftijd en geslacht representatief voor de algemene bevolking in Nederland op basis van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De groep respondenten week hier iets vanaf. Van de respondenten was 47% man en de gemiddelde leeftijd was 53 jaar. Om de verdeling van de responderende groep representatief te houden voor de algemene bevolking in Nederland werd een weegfactor toegepast, die is berekend op basis van de CBS-gegevens over drie leeftijdscategorieën (18-49 jaar; 50-64 jaar en 65 jaar en ouder) en geslacht. Deze weegfactor varieerde van 0,6 tot 1,5 en werd alleen toegepast op vragen die door de hele groep zorggebruikers moesten worden beantwoord.

Zorgverleners

Voor de groep zorgverleners is gekozen om in deze eerste eHealth-monitor uitsluitend artsen te benaderen. Aan zorggebruikers zijn wel vragen gesteld over hun contacten met andere zorgverleners, namelijk fysiotherapeuten, psychologen en psychotherapeuten en tandartsen. In het bestek van het huidige onderzoek was het niet mogelijk om een bredere groep zorgverleners te benaderen. In 2014 worden ook verpleegkundigen benaderd. Voor het benaderen van artsen is gebruik gemaakt van het bestaande KNMG artsenpanel (kader 2-2). Dit panel bestaat uit artsen die toestemming hebben gegeven om benaderd te worden voor deelname aan onderzoek over actuele onderwerpen die te maken hebben met de beroepsuitoefening als arts. Het panel als geheel is een weerspiegeling van de artsenberoepsbevolking.

Voor dit onderzoek is een steekproef getrokken van 652 huisartsen, 945 medisch specialisten en 420 psychiaters. Deze zijn in mei tot juni 2013 benaderd met een e-mail met uitnodiging om naar de vragenlijst te gaan. Artsen werden alleen benaderd als zij werkzaam waren in de praktijk. Artsen kregen maximaal drie reminders per e-mail. De respons (zie tabel 2-1) onder huisartsen (49%) en medisch specialisten (45%) is redelijk te noemen, maar was laag onder psychiaters (22%).

Kader 2-1: Het Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is opgezet om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen hiermee te meten (Brabers et al., 2012). Deze informatie wordt verzameld in peilingen. De vraagstelling binnen het panel is heel breed en betreft in zijn algemeenheid de gezondheidszorg in Nederland. Het Consumentenpanel is in 1992 opgericht en bestond ten tijde van de studie (mei 2013) uit ruim 6.000 panelleden die zich bereid hebben verklaard om op regelmatige basis vragenlijsten in te vullen. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking in Nederland, worden regelmatig nieuwe leden geworven. Aanvulling is nodig om het natuurlijk verloop (zoals het overlijden van panelleden of het niet doorgeven van een adreswijziging na verhuizing) te compenseren. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn van het panel uitgeschreven om leereffecten te voorkomen. Voor het benaderen van potentiële nieuwe leden wordt een adresbestand aangekocht bij een adresleverancier. Uit de adresbestanden van de adresleverancier wordt een willekeurig aantal adressen geselecteerd. Door deze manier van werven zijn de panelleden een zo representatief mogelijke afspiegeling van de algemene bevolking in Nederland. Potentiële nieuwe panelleden worden schriftelijk benaderd met de vraag of zij lid willen worden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Zij ontvangen bij de uitnodiging een basisvragenlijst. Wanneer men de ingevulde basisvragenlijst heeft geretourneerd, is men lid van het panel. Mensen kunnen zichzelf niet aanmelden als panellid, maar kunnen alleen lid worden als zij hiervoor benaderd worden. Per jaar worden momenteel ongeveer acht vragenlijsten verstuurd, waarbij ieder panellid ongeveer drie vragenlijsten per jaar krijgt voorgelegd. Panelleden ontvangen een schriftelijke vragenlijst of een vragenlijst via internet. Zij kunnen hierbij zelf aangeven wat hun voorkeur heeft. Doorgaans is de respons bij een peiling erg hoog (meestal ruim 65%). De vragenlijsten worden voornamelijk samengesteld door het NIVEL. Onderwerpen voor de panelleden worden in overleg met de programmacommissie van het Consumentenpanel gekozen. In deze commissie zitten afgevaardigden van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het College voor Zorgverzekeringen (CvZ), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Consumentenbond. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is aangemeld bij het College bescherming persoonsgegevens (meldingsnummer 1262949, zie voor meer informatie www.cbpweb.nl).

Tabel 2-1
Respons onder huisartsen, medisch specialisten en psychiaters.

	Huisartsen	Medisch specialisten	Psychiaters
Aantal verstuurde uitnodigingen (n)	652	945	420
Bezorging niet mogelijk (n)	36	71	29
Netto aantal deelname mogelijk (n)	616	880	391
Respondenten (n)	304	400	89
Respondenten (%)	49%	45%	22%
Was volgens eigen opgave afgelopen jaar in de praktijk werkzaam (n)	266	313	77

De responderende groep huisartsen en medisch specialisten die in de praktijk werkzaam zijn had gemiddeld 17 jaar ervaring, voor psychiaters was dit 16 jaar. De gemiddelde leeftijd was 50 jaar voor de huisartsen en 51 jaar voor de medisch specialisten en psychiaters (zie tabel 2-2 in de tabellenbijlage). De medisch specialisten waren werkzaam in diverse settings.

Kader 2-2: Het KNMG artsenpanel

De KNMG heeft twee ledenpanels met ieder ongeveer 2.000 leden (http://knmg.artsennet.nl/Over-KNMG/KNMG-ledenpanel.htm). De panels vormen een representatieve afspiegeling van de artsenpopulatie en leden van de KNMG. Van student tot gepensioneerde arts, van basisarts tot specialist, iedereen is vertegenwoordigd. Binnen het KNMG-ledenpanel is gewogen naar leeftijd, geslacht en medische discipline. Per onderzoek kan de bevraagde groep variëren.
De panelleden ontvangen met enige regelmaat een uitnodiging om een enquête in te vullen over een breed scala van onderwerpen en thema's.

2.2.2 Onderwerpen in de vragenlijsten

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 is gekozen voor een indeling van eHealth-toepassingen in de volgende vier categorieën:

1. Het zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie;
2. communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener;
3. dossiervoering door zorgverleners;
4. communicatie tussen zorgverleners.

Deze indeling van categorieën is ook gebruikt in de vragenlijsten. Binnen elke categorie wordt in de vragenlijst ingegaan op beschikbaarheid van toepassingen, het gebruik hiervan het afgelopen jaar en effecten die worden ervaren door het gebruik.

Beschikbaarheid

Het gebruik van eHealth-toepassingen is niet mogelijk als deze niet beschikbaar zijn. Het draait hier niet alleen om het aanbod van eHealth zoals dit wordt ervaren door individuele zorggebruikers, maar ook om de aanwezigheid van de benodigde faciliterende voorwaarden hiervoor. Allereerst gaat het om de mate waarin zorggebruikers en zorgverleners toegang hebben tot internet en middelen om gebruik te kunnen

maken van eHealth, zoals computers, smartphones en tablets. Daarnaast kan de kennis over eHealth en bekendheid met verschillende vormen van eHealth gezien worden als een belangrijke voorwaarde voor het daadwerkelijk gebruik hiervan. Tenslotte gaat het bij beschikbaarheid ook om het aanbod van eHealth vanuit zorgverleners en zorginstellingen en over de vraag of zorggebruikers hiervan op de hoogte zijn.

Gebruik

Dat eHealth-toepassingen beschikbaar zijn wil niet zeggen dat ze gebruikt worden. In de vragenlijsten is gevraagd naar het gebruik in het afgelopen jaar (van mei 2012 tot mei 2013). Naast daadwerkelijk gebruik is ook gevraagd of de zorggebruikers die op dat moment geen gebruik maakten van eHealth dit in de toekomst wel zouden willen. Deze zorggebruikers kunnen gezien worden als potentiële eHealth-gebruikers. Tegelijkertijd kan een verschuiving in de omvang van deze groep ook een reflectie zijn van de bekendheid van eHealth of van ervaringen met andere vormen van eHealth.

Effecten

Als eHealth-toepassingen beschikbaar zijn en gebruikt worden, dan kan gekeken worden naar de effecten. Er zijn hoge (beleids)verwachtingen over de effecten van het gebruik van eHealth, zowel op macroniveau (beleid en overheid), op mesoniveau (instellingen) als op microniveau (individuele gebruiker). Zo wordt gesteld dat eHealth kan bijdragen aan betaalbare, toegankelijke zorg van hoge kwaliteit. Verder wordt verwacht dat eHealth kan bijdragen aan betere ondersteuning bij zelfmanagement voor chronisch zieken, meer eigen regie voor patiënten en dat eHealth het mogelijk kan maken dat mensen langer thuis blijven wonen.

2.2.3 Selectie van eHealth-toepassingen

Voor het vragenlijstonderzoek is een selectie gemaakt van eHealth-toepassingen. Hierbij is gekozen voor generieke beschrijvingen van toepassingen, uitgaande van de functionaliteit. Daarbij gaat het om wat de gebruiker met de eHealth-toepassing kan doen, bijvoorbeeld het maken van een online afspraak, en niet zozeer om het specifieke marktproduct dat hij gebruikt. Verder is voor de vergelijkbaarheid tussen groepen van respondenten zo veel mogelijk gekozen voor toepassingen die in meerdere werksituaties en voor zowel zorgverleners als zorggebruikers relevant zijn.

In deze studie is de nadruk gelegd op functionaliteit die in het primaire zorgproces relevant is (inclusief zaken die de zorggebruiker zelf kan doen), boven ondersteunende, administratieve of facilitaire zaken, zoals inkoop en declaratieverkeer.

Stappen in de selectie van toepassingen

Een groslijst van toepassingen binnen de genoemde vier categorieën van eHealth-toepassingen is opgesteld op basis van relevante beleidsdocumenten, overige Nederlandse 'grijze' literatuur en internationale literatuur over eerdere onderzoeken naar eHealth (Minister van VWS, 2012) (van Rijen, de Lint en Ottes, 2002) (KNMG, Zorgverzekeraars Nederland en NPCF, 2012) (Krijgsman en Klein Wolterink, 2012) (KNMG, NVEH en eHealthNu, 2011) (Schalken en Wolters, 2010) (KPMG Advisory NV, 2011) (Meyer, Hüsing, Didero en Korte, 2009) (Schoen et al., 2012) (Codagnone, 2012) (Brabers, Reitsma-van Rooijen en Jong, 2012) (Gijsbers, Vegter en Wallien, 2012) (Norwegian Centre for Telemedicine, 2008). Binnen de Organisatie voor

Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) wordt gewerkt aan een modelvragenlijst, die bedoeld is voor gebruik in aangesloten landen en ingaat op vier groepen van eHealth-toepassingen (Jha, 2013). Bij de samenstelling van de groslijst is hiervan is een voorlopige versie gebruikt.

Waar in verschillende bronnen afwijkende omschrijvingen van vergelijkbare toepassingen werden gebruikt, zijn deze zoveel mogelijk samengenomen en generiek beschreven. Hierbij is de beschrijving van de toepassing afgestemd op de verschillende groepen respondenten. Bij onderzoek naar eHealth is sprake van innovatieve concepten, hierdoor kan er makkelijk begripsverwarring optreden bij respondenten als een bewoording wordt gekozen die niet aansluit bij de doelgroep (Meyer, Hüsing, Didero en Korte, 2009).

Uit de groslijst van eHealth-toepassingen is daarna een voorlopige selectie gemaakt. Hierbij is de lijst verdeeld in twee lijsten: een voor zorggebruikers en een voor zorgverleners. Uit de groslijst is vervolgens een voorlopige selectie gemaakt gebaseerd op het volgende:

- Relevantie van de toepassing in beleidscontext (gebaseerd op voorkomen in beleidsdocumenten).
- De verwachte beschikbaarheid van de toepassing in de praktijk, waarbij een combinatie is gekozen van meer zeldzame en meer gangbare toepassingen en van toepassingen waarvan groei verwacht wordt, bijvoorbeeld in beleidsdocumentatie.
- Het voorkomen van de eHealth-toepassing in meerdere van de gebruikte bronnen. Vanwege de mogelijkheid om parallellen te trekken met eerdere onderzoeken is de voorkeur gegeven aan oplossingen die in één of meer eerdere onderzoeken zijn opgenomen boven meer zeldzame toepassingen.
- De wens om te komen tot een brede selectie, waarbij verschillende sectoren in de zorg zijn vertegenwoordigd. Naast toepassingen die relevant zijn voor de 'cure' zijn daarom ook toepassingen opgenomen die relevant zijn in de 'care' of in de geestelijke gezondheidszorg.
- Ten bate van de vergelijkbaarheid tussen gebruikersgroepen is deels gekozen voor toepassingen die vanuit verschillende gebruikersperspectieven, zoals zorggebruiker en zorgverlener, belicht kunnen worden.

De groslijst is becommentarieerd door vertegenwoordigers van de KNMG, NPCF, ZN en VWS op relevantie, voldoende duidelijke bewoording, aansluiting bij bovenstaande criteria en bij de gekozen categorieën.

In bijlage 2 en 3 is de groslijst van eHealth-toepassingen opgenomen. Hierbij is aangegeven welke toepassingen voorkomen in de genoemde bronnen en in welke vragenlijsten van deze studie de eHealth-toepassing is opgenomen.

2.2.4 Analyses en betrouwbaarheid

Voor de analyses is gebruik gemaakt van de statistische analyse software Stata 12. Er is beschrijvende statistiek toegepast. In de tabellen en de tekst worden percentages weergegeven van de antwoorden op de door ons gestelde vragen. We presenteren de resultaten alsof die mening gedeeld wordt door alle artsen of zorggebruikers, maar we hebben de vragen slechts aan een deel van hen, een steekproef, gesteld. Dit betekent dat de

cijfers die wij presenteren een zekere mate van onbetrouwbaarheid kennen. Voor elk percentage dat wij geven, geldt dat er sprake is van een betrouwbaarheidsmarge. Dat is de marge waarvoor we met vrij grote zekerheid (95%) kunnen stellen dat het 'echte' antwoord hier binnen ligt. De betrouwbaarheidsmarges zijn afhankelijk van het aantal respondenten: hoe meer respondenten hoe kleiner die marge. De marges verschillen ook per percentage. Zegt bijvoorbeeld 90% van 500 zorggebruikers dat ze toegang hebben tot internet, dan kunnen we met 95% zekerheid dat het juiste cijfer voor de hele populatie ligt tussen de 87% en de 93%. Of als 50% van 200 huisartsen zegt dat patiënten via e-mail een vraag kunnen stellen, dan kunnen we met 95% zekerheid zeggen dat het juiste cijfer voor alle huisartsen ligt tussen de 43% en de 57%. Ter illustratie laat tabel 2-3 voorbeelden zien van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages bij verschillende aantallen respondenten.

Wij hebben ook onderzoek gedaan onder de groep psychiaters. Door de lage respons in deze groep is besloten om in dit rapport uitsluitend percentages weer te geven voor de groep psychiaters als geheel. Daarnaast is ervoor gekozen om deze groep niet op te nemen in de grafische weergaves van de resultaten.

Tenslotte hebben niet alle door ons benaderde mensen op onze vragenlijst gereageerd. De respons onder het Consumentenpanel was 51%, onder huisartsen 49% en medisch specialisten 45%. Het ligt voor de hand dat deze respons niet aselect is geweest. Mensen met interesse in het onderwerp eHealth zullen eerder hebben gerespondeerd dan mensen die hier geen interesse in hebben. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek eerder een iets te positief beeld dan een te negatief beeld schetsen.

Tabel 2-3
Voorbeelden van 95%-betrouwbaarheidsmarges van gemeten percentages

Aantal respondenten:	Is 10% eigenlijk	Is 50% eigenlijk	Is 90% eigenlijk
100	10% ± 6%	50% ± 10%	90% ± 6%
200	10% ± 4%	50% ± 7%	90% ± 4%
500	10% ± 3%	50% ± 4%	90% ± 3%

2.3 Referenties

Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M. en de Jong, J. (2012). *Huisartsenzorg in cijfers: gebruik van internet voor gezondheidsinformatie*. Huisarts en Wetenschap 8, 359-359.

Codagnone, C. (2012). SMART 2011/0033 *Benchmarking deployment of eHealth Among General Practitioners II Questionnaire* (p. 14). SMART2001/0033 Study.

Gijsbers, L., Vegter, F. en Wallien, M. (2012). *Onderzoeksrapportage "van EPD naar PGD"*. Motivaction research and strategy. Utrecht: NPCF.

Jha, A. K. (2013). Joint EC-OECD *Workshop Benchmarking Information and Communication Technologies in Health Systems*. Benchmarking Health ICT: Better Data for Better Policies. OECD.

KNMG, NVEH en eHealthNu (2011). *eHealth in Beeld 21 praktijkverhalen over digitaal dokteren*. Utrecht: KNMG, NVEH en eHealthNu.

KNMG, Zorgverzekeraars Nederland en NPCF (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) eHealth*. KNMG, Zorgverzekeraars Nederland, NPCF.

KPMG Advisory NV (2011). *Verkenning e-health, rapportage aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Utrecht: KPMG Advisory NV.

Krijgsman, J. en Klein Wolterink, G. (2012). *Ordening in de wereld van eHealth*. Den Haag: Nictiz.

Meyer, I., Hüsing, T., Didero, M. en Korte, W. B. (2009). *eHealth Benchmarking (phase II) Final Report*. Bonn: European Commission.

Minister van VWS (2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health*. Den Haag: Ministerie van Volkgsgezondheid, Welzijn en Sport.

Norwegian Centre for Telemedicine (2008). *WHO/European eHealth Consumer Trends Survey. Final project report*. Norwegian Centre for Telemedicine. Tromsø: Norwegian Centre for Telemedicine.

Rijen, van A., Lint, de M. en Ottes, L. (2002). *Inzicht in e-Health, achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies E-Health in zicht*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Schalken, F. en Wolters, W. (2010). *Handboek online hulpverlening*. Stichting e-hulp.nl. Bohn Stafleu van Loghum.

Schoen, C., Osborn, R., Quires, D., Doty, M., Rasmussen, P., Pierson, R., et al. (2012). *A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas*. Health Affairs 122802-2816.



3. eHealth, de motor voor de nieuwe zorg?

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

De verwachtingen ten aanzien van eHealth in Nederland zijn positief. Veel geïnterviewden leggen de nadruk op de rol van eHealth bij het stimuleren van zelfmanagement en het bevorderen van meer participatie van patiënten. Er zijn echter geen duidelijke signalen dat patiënten hierin al erg actief zijn.

Veel geïnterviewden zijn terughoudend als het gaat om doelmatigheidswinsten en kostenbesparing. Er is meer inzicht nodig in mechanismen waarlangs de inzet van eHealth daadwerkelijk tot kostenbesparingen kan leiden.

Men vindt dat de toepassing van eHealth in het zorgveld zich nog voor een belangrijk deel in de fase van experimenteren bevindt. Vooral leveranciers van eHealth-toepassingen geven aan dat het nog niet snel genoeg gaat.

Er is steeds meer ervaring met eHealth. Nederland doet het in vergelijking met andere landen goed. Er is veel zicht op belangrijke randvoorwaarden voor implementatie: duidelijke doelstellingen, een goede businesscase, aandacht voor draagvlak en verandermanagement en oog voor technische en organisatorische randvoorwaarden.

Men ziet nog veel belemmeringen, vooral op het punt van financiering. Daarnaast spelen onder andere gebrek aan regie, onbekendheid met eHealth, gebrek aan standaardisatie en interoperabiliteit, onderschatting van de complexiteit van ICT, onzekerheid rond wetgeving, privacy en informatiebeveiliging en gebrek aan bewijs voor effectiviteit een rol.

Om verder te komen zijn volgens de geïnterviewden andere vormen van financiering nodig. Daarnaast moeten patiënten meer mogelijkheden krijgen, bijvoorbeeld makkelijker toegang tot dossierinformatie en moet bewustzijn van en deskundigheid over eHealth worden vergroot. Ook is meer standaardisatie en systeemintegratie nodig. Afnemers verwijten leveranciers op dit punt een weinig proactieve rol, terwijl leveranciers zelf aangeven standaardisatie juist toe te juichen.

Het gebrek aan regie wordt als groot probleem genoemd. Voor het oppakken van die regierol wordt naar de overheid gekeken. De ontwikkelingen in de organisatie van de gezondheidszorg laten echter een heel andere beweging zien: de regierol in de zorg wordt verlegd naar verzekeraars en gemeentes. Mogelijk is de tijd rijp voor een andere invulling van de regierol van de overheid, naar voorbeeld van het Amerikaanse 'meaningful use'-programma, waarbij de overheid kaders stelt zodat de het veld zijn werk kan doen.

3.1 Inzichten uit het zorgveld

In het kader van deze studie werden semi-gestructureerde interviews gehouden met vertegenwoordigers van eenentwintig organisaties in het zorgveld (zie hoofdstuk 2). Naast (vertegenwoordigers van) zorggebruikers en individuele zorgverleners kwamen hierbij ook andere organisaties aan bod, namelijk overheidsinstellingen, beroepsverenigingen en (koepels van) zorginstellingen, leveranciers van eHealth-producten en/of -diensten en een verzekeraar. Er werd vooral gesproken met beleidsmedewerkers op het gebied van ICT en/of eHealth en met programma- of projectleiders. In sommige gevallen werd gesproken met directeuren/eigenaren.

Dit hoofdstuk presenteert de inzichten die uit deze gesprekken naar voren zijn gekomen. Hierbij komen achtereenvolgens aan de orde: verwachtingen, de stand van zaken, inzichten op het gebied van implementatie, belemmeringen en stimulansen en de rol van de verschillende groepen in het zorgveld.

3.2 Verwachtingen van eHealth

De geïnterviewde deskundigen hebben in het algemeen positieve verwachtingen van wat met de juiste inzet van eHealth bereikt kan worden. Eén geïnterviewde uit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) noemt eHealth bijvoorbeeld “de motor voor de nieuwe zorg, zorg die goedkoper en beter is”. Een andere geïnterviewde spreekt van “een belangrijke ontwikkeling die potentieel kan bijdragen aan het goedkoper en effectiever aanbieden van zorg en aan meer zelfregie van patiënten”.

Geïnterviewden wijzen op diverse mogelijke positieve effecten, die aansluiten bij de beleidsdoelen die eerder naar voren werden gebracht in de inleiding van dit rapport. Dit zijn: zelfmanagement, doelmatigheid en betaalbaarheid, continuïteit van zorg, patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg en toegankelijkheid. Vooral het aspect zelfmanagement wordt daarbij veel genoemd. Over de betekenis van eHealth voor de betaalbaarheid van de zorg wordt verschillend gedacht.

Niet alle verwachtingen zijn positief. Er worden ook enkele mogelijke nadelen naar voren gebracht, zoals de angst voor verschraling in de zorg. Daarnaast wordt door meerdere geïnterviewden gewaarschuwd voor te hoge verwachtingen op de korte termijn. De positieve en negatieve verwachtingen ten aanzien van verschillende beleidsdoelen worden in de rest van deze paragraaf besproken.

3.2.1 Meer mogelijkheden tot zelfmanagement

Veel geïnterviewden leggen de nadruk op de mogelijke effecten van eHealth voor patiënten. Zo kan eHealth bijdragen aan meer zelfregie van patiënten en heeft het mede daardoor ook voor preventie een belangrijke meerwaarde. Een zorgverlener zegt: “eHealth kan de betrokkenheid van patiënten bij hun eigen zorg vergroten en de autonomie en regie van patiënten versterken.” Een vertegenwoordiger van een overheidsorganisatie zegt: “De belangrijkste belofte van eHealth ligt op het terrein van zelfmanagement. In Nederland is de trend ingezet naar extramuralisering, zorg dichtbij huis. Dit betekent dat vormen van eHealth die dit mogelijk maken heel belangrijk zijn en dat bijvoorbeeld domotica en dergelijke thema’s nog veel meer vorm en inhoud moeten krijgen. Vaak is eHealth nog erg gericht op ondersteuning of digitalisering van het primaire proces: informatiedeling, verwijzingen; de goede voorbeelden gaan verder en leveren allerlei

participatieve mogelijkheden voor patiënten, zoals het opvoeren van meetgegevens."

"De belangrijkste belofte van eHealth ligt op het terrein van zelfmanagement."

Een patiëntenorganisatie benadrukt bij het voorbeeld van telemonitoring het gevoel van onafhankelijkheid en wijst op de mogelijkheden voor preventie die uitgaan van zelfmanagement. Ook een verzekeraar ziet een mogelijk effect op preventie: "Als patiënten meer verantwoordelijkheid voor hun eigen behandeling kunnen nemen, kun je vermoedelijk veel bereiken op het gebied van preventie. Als je bijvoorbeeld meer gaat bewegen kan dat stress verminderen, diabetes helpen voorkomen, recidives verminderen."

Meerdere geïnterviewden vertellen hoe het geven van een meer actieve rol aan patiënten doorwerkt in andere effecten, bijvoorbeeld in kostenbesparing of in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. Een care-organisatie wijst op de mogelijkheid om behalve de cliënt ook mantelzorgers meer te betrekken bij de zorg. Bij een andere care-organisatie is een actievere rol van mantelzorgers na het invoeren van beeldzorg daadwerkelijk aangetoond.

Er zijn ook wat kritische geluiden. Een vertegenwoordiger van een beroepsorganisatie zegt: "Wat betreft digitale hulpmiddelen ter ondersteuning van zelfmanagement, zijn we terughoudend. Hier is nog weinig bewijs voor in Nederland. Dergelijke nieuwe toepassingen worden kritisch gevolgd."

3.2.2 Meer doelmatigheid en betaalbaarheid?

Naast het versterken van de rol van patiënten, wordt veel gesproken over kosten en efficiëntie. Als het gaat om de vraag of eHealth de zorg goedkoper kan maken, zijn er verschillende verwachtingen. Waar de één aangeeft dat eHealth potentieel kan bijdragen aan het goedkoper en effectiever aanbieden van zorg, is de ander voorzichtig in zijn verwachtingen. Sommigen verwachten dat eHealth de zorg in eerste instantie duurder maakt, omdat het naast de gewone behandeling komt en niet in plaats van. Ook de noodzakelijke investeringen om de techniek op niveau te krijgen en te houden kunnen kostenverhogend werken. Een vertegenwoordiger van een koepelorganisatie plaatst vraagtekens bij de termijn waarop effecten als arbeids- en kostenbesparingen zichtbaar worden.

Daarentegen dragen meerdere geïnterviewden voorbeelden aan hoe eHealth zou kunnen bijdragen aan hogere efficiëntie en lagere kosten. Een leverancier wijst op grotere efficiëntie door het delen van gegevens, zodat er geen dubbele uitvraag bij patiënten gedaan hoeft te worden. Een ander wijst op de mogelijkheid om door teleconsultatie onderdelen van werkzaamheden in de keten te verschuiven naar minder gespecialiseerde zorgverleners, zoals de huisarts. Ook in de care worden effecten op het gebied van efficiëntie gezien, bijvoorbeeld door het kunnen wegstrepen van nachtdiensten.

Een koepelorganisatie wijst op besparingen doordat patiënten meer zelf thuis kunnen doen: "Ook zijn er allerlei innovatieve toepassingen mogelijk waardoor de patiënt thuis dingen kan meten en zo kan bijdragen

aan zijn dossier. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de patiënt minder vaak naar het ziekenhuis hoeft. Zo kunnen kosten worden bespaard."

3.2.3 Grotere continuïteit in de zorg

Meerdere geïnterviewden wijzen op voordelen van eHealth voor de continuïteit van zorg. Een leverancier ziet als stip op de horizon om op een goed gereguleerde manier te komen tot een geïntegreerd beeld van de gegevens van de patiënt en zijn zorgplan, waartoe eerste lijn, tweede lijn en de patiënt toegang hebben. Een zorgverlener wijst op de mogelijkheid tot het voorkomen van dubbele onderzoeken en betere afstemming tussen de eerste en tweede lijn. Een andere zorgverlener zegt: "Heel belangrijk is dat er up-to-date informatie op één plek beschikbaar is over de patiënt, waar iedere zorgverlener bij kan."

3.2.4 Betere patiëntveiligheid

Er wordt aangegeven dat eHealth kan bijdragen aan patiëntveiligheid. Een zorgverlener noemt als voorbeelden de (online) bewaking van interacties en allergieën en verminderen van medicatiefouten. Een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie wijst op de voordelen van telemonitoring: "Telemonitoring geeft oudere mensen met een ernstige vorm van hartfalen vaak een veilig gevoel, omdat er iemand op afstand meekijkt." Een vertegenwoordiger van een koepel van zorgaanbieders geeft aan dat patiënten ook zelf kunnen bijdragen aan de veiligheid: "Toegang tot het dossier voor de patiënt kan ook opleveren dat de patiënt fouten eruit kan halen en dingen kan toevoegen." Een medewerker van een care-instelling wijst op de voordelen voor de overdracht: "Je kan eHealth ook heel goed inzetten in de overdracht. Veel meer geautomatiseerde reminders, waardoor medewerkers minder op hun geheugen hoeven te vertrouwen."

3.2.5 Betere kwaliteit van zorg

Meerdere geïnterviewden geven aan dat eHealth de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Met name in de zorgpraktijk is dit van belang. Een vertegenwoordiger van een koepel van zorgaanbieders brengt naar voren dat een goede registratie kan zorgen dat de vastgelegde informatie ook gebruikt kan worden voor andere doeleinden, zoals onderzoek en verantwoording. Een koepelorganisatie geeft aan: "Door betere vastlegging van informatie in het primaire proces en door meer transparantie van deze gegevens kan een beter inzicht worden verkregen in de kwaliteit en wordt betere benchmarking mogelijk." Een zorgverlener zegt: "eHealth kan de kwaliteit van zorg verbeteren, denk bijvoorbeeld aan betere registratie, beslissingsonder-steuning, datamanagement en feedback van kwaliteitscriteria op zorggroepniveau."

3.2.6 Verbeterde toegankelijkheid

Een organisatie in de GGZ geeft aan dat de relatie met patiënten verandert door de inzet van eHealth: "eHealth kan de service aan de patiënt en de toegankelijkheid voor de patiënt versterken en laat een dienstenmodel toe dat beter tegemoet komt aan de verwachtingen van de patiënt of cliënt. Als je bijvoorbeeld een behandeling krijgt voor ADHD is er ook vaak nog iets anders aan de hand, de klant kan dan zelf kiezen om de behandeling met onbegeleide modules aan te vullen. Zo krijgt de patiënt meer gelegenheid tot zelfmanagement. Je investeert in een e-relatie met de patiënt, niet alleen in een enkele e-behandeling." Vooral in de GGZ speelt

daarnaast een rol dat met sommige vormen van zorg (anonieme zelfhulp) groepen kunnen worden bereikt die anders niet of moeilijk bereikt worden.

Ook in de ziekenhuiszorg kunnen zaken makkelijker geregeld worden voor patiënten. Een leverancier wijst op de mogelijkheden van teleconsultatie: "Patiënten die normaal gesproken eens in de zoveel tijd voor een routineconsult langs moeten komen, kunnen nu door regelmatig een vragenlijstje in te vullen aangeven hoe het met hen gaat. Als er tussentijds klachten zijn, kan de patiënt dat via een portaal aangeven. Op deze manier zullen face-to-face consulten alleen nog plaatsvinden als dit echt nodig is in plaats van op routinebasis."

3.2.7 Negatieve effecten van eHealth

Er worden naast positieve ook enkele negatieve effecten van eHealth naar voren gebracht. Bij beroepsorganisaties heerst bezorgdheid over mogelijke verschraling: "eHealth moet worden ingezet naar de behoefte van de patiënt. Het moet iets toevoegen en niet het aanbod verschralen. eHealth moet niet bestaande manieren vervangen, zorgaanbieders moeten meerdere kanalen aanbieden aan hun patiënten en niet alleen de goedkoopste."

Eén geïnterviewde waarschuwt voor mogelijke toename van zorgconsumptie door snellere uitslagen en voor het gevaar van te veel vertrouwen in techniek: "In de praktijk zie je dat een groot deel van klachten in de eerste lijn vanzelf overgaat. Als je nu sneller kunt reageren omdat je sneller je labuitslagen binnen hebt, zie je dat de zorgconsumptie stijgt. Een ander voorbeeld is medicatieoverdracht met behulp van ICT. In de praktijk is het juist belangrijk om de patiënt zelf te vragen naar zijn medicatiegebruik, omdat de registratie lang niet altijd de werkelijkheid over het gebruik weergeeft."

Daarnaast wordt door een overheidsinstantie gewezen op een recente publicatie[5] over risico's van eHealth. Daarin worden risico's geïdentificeerd op het niveau van de patiënt (bijvoorbeeld lage therapietrouw), de technologie (bijvoorbeeld onvoldoende beveiliging) en de organisatie (bijvoorbeeld hogere kosten).

3.2.8 Overspannen verwachtingen

Enkele geïnterviewden wijzen erop dat invoeren van eHealth tijd nodig heeft en dat het verstandig is om de verwachtingen wat te matigen. Een vertegenwoordiger van een GGZ-instelling geeft aan: "Wat niet helpt zijn ongeduld en te hoge verwachtingen. Het is belangrijk om te beseffen, dat mensen nog nauwelijks weten dat eHealth bestaat en zeer vaak nog de voorkeur geven aan face-to-face contact. Te hoge verwachtingen werken dan averechts, want een verzekeraar die onrealistische beginverwachtingen heeft, raakt snel teleurgesteld en wil een volgende keer een eHealth-module niet meer overwegen." Ook een patiënten-organisatie geeft dit aan: "Voor de implementatie van eHealth is het belangrijk om voldoende tijd te nemen om het in de organisatie in te bedden. Geef het een kans!"

Een zorgverlener geeft aan: "Er leven momenteel idiote verwachtingen van eHealth bij overheid, koepels, zorgverzekeraars. Je moet reëel blijven. Niet alles kan uitkomen en ook niet ieder initiatief zal meteen slagen. Ook zal het eerst gaan om kleine percentages qua

[5] Ossebaard, H.C., de Bruijn, A.C.P., van Gemert-Pijnen, J.E.W.C., Geertsma, R.E. (2012). *Risks related to the use of eHealth Technologies, an exploratory study RIVM Report 360127001/2012,* RIVM.

gebruikers, maar als patiënt en zorgverlener echt voordeel merken, zal het vanzelf verder komen."

"Het is belangrijk om te beseffen, dat mensen nog nauwelijks weten dat eHealth bestaat en zeer vaak nog de voorkeur geven aan face-to-face contact."

Een vertegenwoordiger van een beroepsorganisatie stelt: "Er heerst momenteel een doembeeld over het onbetaalbaar worden van zorg door het toenemen van chronisch zieken en multimorbiditeit. De inzet van ICT wordt hierin vaak gezien als heilige graal, maar dit verwachtingspatroon is niet realistisch. Wij zijn hier kritisch over en willen dit terugbrengen naar praktische proporties."

3.3 Stand van zaken en verwachte ontwikkelingen

Als het gaat om de huidige stand van zaken rondom eHealth, dan leggen sommige deskundigen de nadruk op wat is bereikt, anderen juist op wat nog niet is bereikt.

3.3.1 Een lappendeken van experimenten

Vooral leveranciers geven in het algemeen aan dat het nog niet snel genoeg gaat. Eén leverancier zegt: "Als je kijkt naar de status van eHealth in Nederland dan is deze nog onvolwassen. Het kost ongelooflijk veel moeite om het te doen, er zijn zoveel afhankelijkheden en als je één aspect verwaarloost, dan lukt het niet."

Een ander zegt: "eHealth komt in Nederland maar moeilijk van de grond. Geen enkele zorginstellingen haalt anno 2013 meer dan vijf procent van zijn omzet uit zorg die met eHealth wordt geleverd. Je ziet wel dat een aantal toepassingen begint op te komen, zoals e-afspraak en e-inzage. Daarbij ontstaat overigens wel het probleem van het 'mijn'enveld, doordat iedere zorginstelling met een 'mijn-XXX'-omgeving komt voor zijn patiënten."

Er leven zorgen over het innovatieklimaat in Nederland: "Afgezien van de bronsystemen of EPD's, zijn er weinig echt succesvolle ICT-innovaties in de zorg. Er zijn heel veel kleine bedrijfjes van minder dan tien man met weinig overlevingskans. Ook zijn er innovaties waar miljoenen in worden gestoken door grote bedrijven of verzekeraars, zonder dat het echt van de grond komt. Het innovatieklimaat voor ICT in de zorg is heel slecht."

Een vertegenwoordiger van een overheidsinstelling zegt: "eHealth is nu vaak nog heel kleinschalig en het is een lappendeken van experimenten. De effectiviteit en robuustheid moeten vaak nog bewezen worden. Er wordt nog veel gedacht en gedaan vanuit een soort technologie-utopisme."

3.3.2 Steeds meer ervaring met eHealth

Naast een zeker pessimisme over de huidige situatie zijn er ook lichtpunten. Eén geïnterviewde nuanceert door aan te geven dat in de huisartsenzorg alleen al de term eHealth tot veel misverstanden leidt. "Huisartsen passen vaak al veel meer eHealth toe dan ze beseffen: EPD, herhaalreceptuur, websites. Als we ons bijvoorbeeld vergelijken met de eerste lijn in de Verenigde Staten, dan zijn we aanmerkelijk verder, want daar wordt circa vijftig procent van de dossiervoering nog op papier gedaan. Een land als Denemarken is nog verder." Tegelijk wijst de

geïnterviewde op de wet van de remmende voorsprong: "We hebben door onze snelle adoptie van huisarts-EPD's in Nederland nu wel wat last van een remmende voorsprong, doordat we nu met deels verouderde systemen zitten. Het gevaar bestaat dat we achterover leunen. Er is relatief weinig innovatiebehoefte. Bovendien bestaat binnen de eerste lijn het gevoel erg overvraagd te worden."

Een geïnterviewde uit de GGZ geeft aan: "De GGZ loopt voor in de zin dat er inmiddels heel veel ervaring is over wat wel en niet werkt. Men is dus wel ver in het denken en onderzoek." Vanuit een overheidsorganisatie wordt ook het klimaat als positief punt naar voren gebracht: "Kijkend naar de status van eHealth in Nederland kun je stellen dat eHealth maatschappelijk en politiek het tij nog nooit eerder zo heeft mee gehad. Nederland is ook internationaal een van de voorlopers."

"Huisartsen passen vaak al veel meer eHealth toe dan ze beseffen: EPD, herhaalreceptuur, websites."

3.3.3 Meer mogelijkheden voor patiënten

Als het gaat om ontwikkelingen in diensten, dan wijzen veel geïnterviewden op ontwikkelingen rondom patiënten. Een vertegenwoordiger van een beroepsorganisatie voorspelt: "In eerste instantie zullen de basisfuncties van portalen gemeengoed worden: herhaalrecepten, afspraken, consulten. Over vijf jaar zal ook iedereen toegang hebben tot zijn eigen dossier. De verwachtingen rond het landelijk EPD liggen vooral op het gebied van inzage voor de patiënt. Als dit gerealiseerd wordt, zal dit ook impact hebben op de huisarts. Voorwaarde hierbij is wel dat het goed beveiligd moet zijn. Daarnaast zijn er hoge verwachtingen van het persoonlijk gezondheidsdossier. Wat de impact voor de huisarts zal zijn als deze hier meer mee geconfronteerd wordt, is nog onduidelijk."

"Over vijf jaar zal iedereen toegang hebben tot zijn eigen dossier."

3.3.4 Systemen van zorgverleners gaan veranderen

Ook de informatiesystemen van de zorgverleners gaan veranderen, verwachten zowel beroepsverenigingen als leveranciers. Men is terughoudend over het tempo: "De belangrijkste ontwikkelingen verwachten wij op dit moment bij het laaghangend fruit: e-afspraak, e-consult, e-inzage en het aanvragen van herhaalrecepten. Dit zal de komende drie jaar nog niet volledig inburgeren, maar het gebruik zal wel flink stijgen." Daarnaast verwacht men dat er betere beslissingsondersteuning in systemen zal komen. Ook verwacht men meer integratie: "Op dit moment zijn er nog wel ziektespecifieke EPD's, maar de verwachting is dat er over tien jaar volledig geïntegreerde vijfde generatie-EPD's zullen zijn. Deze ontwikkelingen gaan echter erg langzaam."

3.3.5 Mobile health in opkomst

Veel zorgaanbieders, beroepsorganisaties en leveranciers wijzen op de ontwikkelingen op het gebied van mobiele technologie. Voor veel mensen is het nog lastig om zich voor te stellen wat dat voor ze zal betekenen. Sommigen maken zich daarbij wel zorgen over de versnippering door mobiele apps: "Apps kunnen een meerwaarde hebben als ze ook kunnen aansluiten bij de kernsystemen, in plaats van dat er allemaal individuele apps bestaan. Daarom wordt nu ook

gekeken door een aantal marktpartijen naar de mogelijkheden van een standaard platform voor apps, waardoor ze effectiever worden en kunnen aansluiten bij de bestaande informatiesystemen.” Ook wordt gedacht dat de ontwikkelingen rondom mobiele apps mogelijk de uitwisselingsproblematiek zullen inhalen, doordat patiënten zelf alles verzamelen.

3.3.6 Slimmer gebruik van grote hoeveelheden data

Enkele geïnterviewden wijzen op ontwikkelingen om meer informatie te halen uit grote hoeveelheden gegevens, bijvoorbeeld voor onderzoek en epidemiologie. Een zorgverlener zegt: “Ook het management van grote hoeveelheden informatie, big data, gaat verbeteren. Hierdoor wordt de schat aan informatie in EPD’s ook beter bruikbaar voor goede dashboards denk aan kwaliteitsborging en onderzoek.”

Een vertegenwoordiger van een overheidsinstelling geeft aan: “Er ligt ook veel toekomst voor het gebruik van eHealth in het domein van public health, bijvoorbeeld in ‘infodemiology’. Dit is het verkrijgen van epidemiologische informatie uit publieke informatiestromen, bijvoorbeeld het afleiden van verspreiding van griepepidemieën met technieken zoals gebruikt door sociale media.” Een vertegenwoordiger van een koepelorganisatie geeft aan dat hiervoor ook samenwerking en standaarden nodig zijn: “Op het gebied van wetenschap en epidemiologie is ook meer te bereiken met beter gebruik van ICT. Als er overal gebruik wordt gemaakt van dezelfde standaarden, kun je er epidemiologisch ook heel veel interessante informatie uit halen. Dit kun je weer gebruiken in preventie.”

3.4 Inzichten in implementatie

De ervaringen tot nu toe hebben er toe geleid dat er inmiddels veel inzichten zijn ontstaan over wat wel en niet werkt bij de implementatie van eHealth. Er wordt vooral de nadruk gelegd op het belang van een gunstige businesscase, goed verandermanagement en voldoende aandacht voor de noodzakelijke randvoorwaarden.

3.4.1 Duidelijke doelstellingen en een goede businesscase

Meerdere geïnterviewden wijzen erop dat je voor het geslaagd implementeren van eHealth een duidelijke businesscase vooraf moet hebben en dat het belangrijk is om van te voren expliciete doelen te stellen.
Een vertegenwoordiger van een overheidsinstantie zegt: “Dat wat meerwaarde levert zal uiteindelijk overleven. Het is dus wel belangrijk om te kijken naar het business-model. Welke winst levert het inzetten van eHealth op, bijvoorbeeld op het gebied van kosten, toegankelijkheid van zorg, kwaliteit en gemak?”

“Dat wat meerwaarde levert zal uiteindelijk overleven. Het is dus wel belangrijk om te kijken naar het businessmodel. Welke winst levert het inzetten van eHealth op, bijvoorbeeld op het gebied van kosten, toegankelijkheid van zorg, kwaliteit en gemak?”

Tegelijk benadrukken anderen ook het belang van durven beginnen. Een patiëntenorganisatie stelt: “Wij zijn een voorstander van ‘het gewoon doen’. Begin er gewoon aan als zorgverlener, wacht niet af. En begin met de patiënten die er de meerwaarde van inzien.” Dit betekent echter niet dat men onbezonnen

moet beginnen. Dezelfde organisatie merkt op: "Om het te laten slagen, moet je van tevoren zorgen voor een goed doordacht draaiboek." Daarbij is het ook zaak om niet te groot te beginnen: "Projecten moeten niet te ingewikkeld en te groots worden opgezet, kleine stappen moeten worden gemaakt. 'Keep it simple' is een belangrijk uitgangspunt."

3.4.2 Aandacht voor draagvlak en verandermanagement

Hoewel draagvlak bij het bestuur van een instelling belangrijk is, moeten eHealth-ontwikkelingen niet top-down worden aangevlogen. Een medewerker van een GGZ-instelling zegt: "Voor het succes van eHealth is het belangrijk dat je het niet top-down aanpakt, maar wel stevige support hebt van de bestuurders. Je werkt dus eigenlijk zowel bottom-up als top-down tegelijk: als het ware 'blended' implementeren." Met name het goed betrekken van de medewerkers van de organisatie wordt belangrijk gevonden. Diverse partijen benadrukken het belang van co-creatie in overleg met behandelaars en cliënten/patiënten. Een leverancier legt uit: "Nieuwe diensten worden ontwikkeld in samenspraak met gebruikers, dan intern en extern getest met focusgroepen." Een vertegenwoordiger van een zorginstelling illustreert: "Bij elk project is zowel een afdelingsmanager als een behandelaar betrokken, waarbij het belangrijk is dat de behandelaar niet alleen een voorloper is, maar ook draagvlak heeft bij zijn collega's. Ook betrekken we cliënten, bijvoorbeeld als tester of mede-ontwikkelaar."

Goed verandermanagement en aandacht voor cultuurverandering binnen de organisatie is nodig om eHealth van de grond te krijgen: "Voor succesvolle implementatie is het belangrijk om te beseffen dat techniek volkomen secundair is en ondergeschikt aan wat men op functioneel gebied probeert te bereiken. Het is belangrijk om te beseffen dat het veel meer gaat om cultuurverandering dan om techniek."

"Voor succesvolle implementatie is het belangrijk om te beseffen dat techniek volkomen secundair is en ondergeschikt aan wat men op functioneel gebied probeert te bereiken. Het is belangrijk om te beseffen dat het veel meer gaat om cultuurverandering dan om techniek."

3.4.3 Maatwerk in de zorg, niet in ondersteunende techniek

Diverse zorgaanbieders, maar ook leveranciers, geven aan dat men bij implementatie voldoende rekening moet houden met de specifieke context en niet zozeer naar eenheidsoplossingen moet streven. Een leverancier zegt: "Ook bij het ontwikkelen van ICT-diensten is het heel belangrijk om te beseffen dat 'de zorg' niet bestaat. Waar het om gaat is dat je tot een effectieve dienst komt voor de gebruikers. Daarvoor kun je niet spreken over 'de zorg', je moet kijken naar de situatie."

Daarentegen is streven naar uniformiteit in het zorgproces voor bepaalde patiëntengroepen wel degelijk mogelijk en zelfs nodig: "Belangrijk in onze aanpak is dat je begint vanuit het streven tot uniformiteit van het zorgproces voor een bepaalde patiëntengroep, vervolgens ga je kijken welke verdeling van verantwoordelijkheden tussen de betrokken partijen hoort, dan pas kom je uit op de informatie-

overdracht. In de praktijk leidt een dergelijke analyse tot een grote reductie van de complexiteit."

3.4.4 Randvoorwaarden waarborgen

Diverse geïnterviewden wijzen op een reeks van randvoorwaarden die goed geborgd moeten zijn. Een leverancier licht toe: "Het werkt alleen als je voldoende aandacht besteed aan alle randvoorwaarden. Denk bijvoorbeeld aan de kalibratie en onderhoud van meetapparatuur. Al het betrokken zorgpersoneel wordt goed opgeleid in de nieuwe werkzaamheden. Er is een helpdesk, ook voor patiënten. Er wordt met alle zorgverleners een toelatingsovereenkomst afgesloten. Ook nemen wij de verantwoordelijkheid voor de juridische relatie met de patiënt. Voor de betrokken zorgverleners wordt de medische aansprakelijkheid verzekerd. Om er een succes van te maken, moet je een heleboel zaken echt goed regelen."

Randvoorwaarden zijn er ook voor zaken als de beschikbaarheid en beveiliging van systemen en afspraken met leveranciers over aansprakelijkheid en garanties. Een overheidsinstantie wijst verder op het goed beleggen van verantwoordelijkheden: "Daarnaast moeten de verantwoordelijkheden duidelijk belegd zijn: de ICT-afdeling, Raad van Bestuur en zorgverleners moeten allemaal weten wat hun verantwoordelijkheden zijn. Training is daarvoor ook belangrijk."

3.5 Nog veel belemmeringen

Ook al is er inmiddels veel ervaring opgedaan met eHealth en bestaat er veel zicht op de zaken die belangrijk zijn bij implementatie, tegelijkertijd worden er ook nog veel belemmeringen gezien. De meeste daarvan worden door meerdere deskundigen naar voren gebracht. Deze paragraaf beschrijft de genoemde belemmeringen. De belemmeringen hebben te maken met onder andere financiering, organisatiecultuur en samenwerking, onduidelijkheden over wat er wettelijk mag en technische kwesties, zoals standaarden.

3.5.1 Hoge investeringen en ontoereikende vergoedingen

Zorgen over financiering zijn breed gedragen. Meer dan de helft van de ondervraagden noemt belemmeringen die te maken hebben met financiering, vergoedingen en/of het rond krijgen van de businesscase.

In de GGZ bijvoorbeeld is het moeilijk de businesscase rond te krijgen. Een vertegenwoordiger van een zorginstelling geeft aan: "De financiering is lastig, want vanuit de DBC[6] krijg je contacttijd vergoed. Als je nu je cliënten meer over laat gaan naar zelfmanagement, dan zou je eigenlijk ook voor het zelfmanagement-gedeelte een vorm van vergoeding willen krijgen. Ook heb je de investeringskosten in licenties en communicatie-, beheer- en supportkosten die je in stand moet houden. Je moet wel ergens je businesscase mee rond krijgen." Soms geeft de financiering de verkeerde prikkels. Een beroepsorganisatie van zorgverleners geeft aan: "De businesscase moet wel uitkunnen. Als je investering leidt tot minder bezoeken en een lager tarief, dan wordt het wel heel moeilijk."

"De businesscase moet wel uitkunnen. Als je investering leidt tot minder bezoeken en een lager tarief, dan wordt het wel heel moeilijk."

[6] Diagnose-behandelcombinatie

Hoge investeringen zijn ook lastig. Een voorloper zegt: "De investeringen in een portaal zijn bijvoorbeeld vrij hoog. Met name voor kleinere praktijken is dat lastig op te brengen." Investeren in tijd van bezuinigingen is extra lastig. Een verzekeraar merkt op: "Het valt op dat in de huidige economische situatie de bezuinigingssfeer een duidelijke rem zet op initiatieven en dat partijen voorzichtiger worden." Een care-instelling wijst erop dat investeren in technologie bovendien gevaarlijk is omdat de techniek zich zo snel ontwikkeld, zodat het gevaar op een weinig duurzame investering groot is. Ook de politieke onzekerheid in de sector maakt het moeilijk om te investeren.

Een leverancier wijst op slecht werkende mechanismen op het gebied van financiering: "Er zijn eigenlijk twee structurele problemen. Het eerste is dat eHealth de zorgorganisatie in het algemeen niets oplevert vanwege de bestaande financieringsmodellen, het tweede is dat zorginkopers geen eHealth-zorg inkopen vanwege andere prioriteiten, waardoor, als je al een eHealth-product aanbiedt als zorgaanbieder, de zorginkoper het niet afneemt. De productie die je dan draait, kan niet betaald worden vanuit de zorgverzekering. De kolomsgewijze financiering speelt daarbij een rol."

3.5.2 Marktverstorende subsidies?

Als het gaat om financiering, dan zijn leveranciers kritisch over de wijze waarop subsidies worden ingezet. Een geïnterviewde zegt: "Subsidie wordt in Nederland niet altijd op effectieve wijze ingezet, omdat onvoldoende rekening wordt gehouden met opschaling en gebruik. Daardoor komen veel pilots niet tot wasdom en wordt het voor gevestigde leveranciers moeilijk om in dit veld voet aan de grond te krijgen. De wijze van inzet van subsidies verstoort/verstoorde een goede marktwerking." Een andere leverancier is hierover nog meer uitgesproken: "Subsidie is niets anders dan een nationale geldverbrandingsmachine.
De manier waarop de overheid geld verstrekt is bovendien ondoorzichtig en bedenkelijk, het werkt marktverstorend omdat niet-levensvatbare initiatieven jarenlang in leven worden gehouden."

3.5.3 Ontbrekende samenwerking en regie

Enkele ondervraagden wijzen op een gebrek aan regie in een versnipperd landschap. Een beroepsorganisatie geeft aan: "De ICT is erg versnipperd, eilandautomatisering. Om hier verandering in te brengen is een regisseur nodig, die ervoor kan zorgen dat stapsgewijs naar een betere situatie kan worden gewerkt." Een care-instelling constateert een gebrek aan samenwerking: "solistisch denken van partijen in de zorg; het is heel moeilijk om te komen tot teamdenken in de keten, tot echt integrale zorg."

Een leverancier stoort zich aan het ontbreken van regie in de markt: "Er is onvoldoende regie; men probeert enige regie te bereiken met het systeem van beperkte marktwerking, maar er is onvoldoende sprake van selectieve inkoop om efficiënte oplossingen zoals telemedicine te stimuleren." Een andere leverancier stelt: "Een groot probleem is de ellenlange besluitvorming in de zorg. De machtsstructuur in de zorg maakt het besluitvormingsproces heel moeilijk." Met name bij ketenprocessen is dit een probleem: "Voor ketenover-stijgende problematiek is er het probleem dat je geen factuuradres hebt. Wie in de keten moet dan gaan betalen? Bij zaken als 'personal health records' heb je datzelfde probleem."

3.5.4 Zorggebruikers en zorgverleners nog onbekend met eHealth

Enkele geïnterviewden wijzen op gebrekkige bekendheid met eHealth bij zowel zorggebruikers als zorgverleners. Een vertegenwoordiger van een beroepsorganisatie zegt: "De bekendheid onder huisartsen is een grote belemmering. Ook onder de jongere generatie huisartsen zijn er nog weinig die eHealth kennen en gebruiken."
Een verzekeraar zegt: "Opleiding is daarbij een belangrijk punt. Hoewel eHealth al wel meer in de opleidingen van zorgverleners wordt meegenomen, kan nog meer de nadruk gelegd worden op de relatie met kwaliteit van zorg en empowerment van patiënten." Ook de GGZ heeft hiermee te maken: "Een andere belemmering is de onbekendheid met eHealth onder de behandelaars. De mindset is niet altijd gericht op ICT, kennis en ervaring bij zorgprofessionals is te weinig aanwezig."

"Subsidie wordt in Nederland niet altijd op effectieve wijze ingezet, omdat onvoldoende rekening wordt gehouden met opschaling en gebruik."

Maar ook de patiënt kijkt nog de kat uit de boom. En als hij eenmaal aanhaakt, dan haakt hij soms ook weer af, bijvoorbeeld in de GGZ: "Ook zien we dat cliënten de online behandeling of opdrachten niet altijd afmaken.
Er is nog meer inzicht nodig voor welke cliënten het meer en minder geschikt is en in de factoren die het gebruik van online tools aantrekkelijk maakt." Een vertegenwoordiger van een andere GGZ-instelling zegt: "De therapietrouw laat op dit moment nog te wensen over. Daarbij is echter wel een groot verschil tussen de modules. Bij de onbegeleide modules haakt ongeveer veertig procent af, maar bij de begeleide modules is er nauwelijks uitval."

3.5.5 Obstakels in cultuur van zorgverleners en patiënten

Sommigen zien belemmeringen in de cultuur van de zorgverlener. Met 'cultuur' lijken de geïnterviewden daarbij te verwijzen naar het geheel aan waarden, opvattingen en gewoontes. Een vertegenwoordiger van een overheidsinstantie zegt: "Belemmeringen voor het gebruik van eHealth liggen verder vooral in de cultuur van de zorgverlener. Het benodigde veranderen van organisatie en proces kan weerstand oproepen. Daarnaast moet het management innovatiegericht zijn en durf hebben. Vaak is er sprake van kortetermijnvisie." Een ander merkt op: "De zorg is een relatief conservatieve bedrijfstak; dit is ook logisch, want het is heel belangrijk dat het primaire proces niet gehinderd wordt." Een leverancier zegt: "Een van de belemmeringen is dat er nog weinig bewustzijn is onder zorgverleners. Zij zijn degene die er mee aan de slag moeten, die het moeten aandragen bij de patiënt. Dit moet de zorgverlener dan wel willen. De patiënt zal het niet uit zichzelf gaan doen."

Veranderbereidheid is volgens een koepelorganisatie een lastig punt: "Oudere mensen zijn vaak geen voorstanders van nieuwe technologieën en de bijbehorende veranderingen. Dit geldt voor zowel patiënten als zorgverleners." Een andere koepelorganisatie bevestigt: "Het vereist een attitudeverandering bij zowel zorgverlener als patiënt. De verhouding tussen patiënt en zorgverlener wijzigt."

Sommigen spreken van een gebrek aan urgentie.
Een verzekeraar merkt op: "Wat nog lastig is met implementatie van eHealth is dat de noodzaak nog te weinig wordt gevoeld omdat de problemen die op ons

afkomen nog te ver in te toekomst liggen." Een leverancier zegt: "Daarbij is er een enorm gebrek aan urgentie. Zorgverleners kunnen hun patiënten een betere en meer transparante manier van werken ontzeggen zonder er over na te denken."

"Wat nog lastig is met implementatie van eHealth is dat de noodzaak nog te weinig wordt gevoeld omdat de problemen die op ons afkomen nog te ver in te toekomst liggen."

3.5.6 Gebrek aan standaardisatie en interoperabiliteit

Zowel vanuit beroepsorganisaties en koepels van zorgaanbieders als vanuit zorginstellingen wordt gewezen op de problematiek rondom interoperabiliteit en de noodzaak tot standaardisatie. Vanuit een care-instelling wordt naar voren gebracht: "Het ontbreken van standaarden is echt een probleem. Dat je, als je als cliënt bij een andere zorgorganisatie komt, of zorg van meer dan één organisatie krijgt, je weer een ander kastje moet of een extra kastje erbij. Vooral uniformiteit in de basisvoorzieningen is gewenst, zodat verschillende toepassingen en zorgaanbieders gebruik kunnen maken van dezelfde basisvoorzieningen."

Een zorgaanbieder in de GGZ beklaagt zich over het "trage verandertempo" van sommige leveranciers; kleine veranderingen kunnen een tot anderhalf jaar duren en koppelingen met andere systemen komen moeilijk tot stand of zijn zo mager dat het nauwelijks meerwaarde heeft. Eén leverancier zegt: "Leveranciers van de apparatuur van meetapparaten zijn niet gemotiveerd om hun meetgegevens automatisch in te voeren in EPD's, omdat hun businessmodel is dat ze ook de toegang tot de gegevens via een eigen systeem of portaal kunnen verkopen."

Er zijn ook nuanceringen op de kritiek op leveranciers. Eén geïnterviewde wijst erop dat leveranciers weliswaar nog te veel hun eigen gang gaan, maar ook de vraagzijde misschien niet goed georganiseerd is. Vertegenwoordigers van leveranciers wijzen ook op hoge eisen vanuit de vraagzijde: "ICT-leveranciers in de zorg worden vaak onterecht beschuldigd van onwilligheid om standaarden te accepteren. Ze hebben juist geen behoefte om op het gebied van de technische basis het wiel opnieuw uit te vinden. Leveranciers steken hun energie liever in het ontwikkelen van functionaliteit met toegevoegde waarde. In de praktijk worden leveranciers echter geconfronteerd met een grote aanspraak op hun verandercapaciteit. Zo moeten grote leveranciers onder hoge druk nieuwe declaratiemodules inbouwen met veel nieuwe regels, waarbij de regels zo laat bekend zijn dat het bijna onmogelijk is om verantwoord de benodigde wijzigingen in te bouwen en te testen. Leveranciers hebben juist groot belang bij standaarden omdat deze het ontwikkelproces kunnen versnellen. Er wordt helaas weinig naar leveranciers geluisterd en weinig rekening gehouden met verandercapaciteit."

3.5.7 Complexiteit van ICT onderschat

Een leverancier wijst op de tendens om te makkelijk te denken over de materie: "De tendens, als het gaat om ICT in de zorg, is dat men veel te veel denkt in 'grote stappen snel thuis'-oplossingen, zonder rekening te houden met het zorgproces. Men denkt: 'een landelijk EPD lost alles op', of 'een generieke verwijzing lost alles

op'. Zo werkt het niet, je moet durven differentiëren in het soort zorg dat je wilt ondersteunen en heel goed kijken naar wat er nodig is in het proces. Er heerst rondom ICT een soort 'groupthink' dat je ICT 'even doet', dat het gewoon moet werken. Maar het is een moeilijke professie, waarin je van alles goed op orde moet hebben, je ontwikkelstraat, je ontwikkelagenda, het betrekken van de klant in het proces. Veel kleine bedrijven van acht tot tien man kunnen dat niet en de overgang van tien naar vijftig man is heel erg moeilijk. Er wordt te makkelijk over gedacht."

3.5.8 Onzekerheid rond wetgeving, privacy en informatiebeveiliging

Zowel beroepsorganisaties als zorgaanbieders, maar ook leveranciers geven aan dat er nog onduidelijkheden zijn rondom wet- en regelgeving op zaken als privacy en informatiebeveiliging: "Er is ook angst vanwege onzekerheden over wet- en regelgeving. Daarnaast is er te sterk de neiging om vanuit de privacy- en beveiligingsgedachte alles zoveel mogelijk dicht te zetten. Bij de balans tussen veiligheid en gebruiksvriendelijkheid schiet men echt teveel door naar de kant van veiligheid. Het zou mogelijk moeten zijn om cliënten zelf meer keuze te geven welke risico's ze willen accepteren."

Een andere geïnterviewde geeft aan: "Privacy en informatiebeveiliging leveren ook moeilijke vraagstukken op, bijvoorbeeld bij ketenzorg en uitwisseling van informatie tussen zorgverleners die daarvoor nodig is. Delen van informatie is belangrijk maar er zitten ook veel haken en ogen aan."

Voor leveranciers van eHealth-diensten neemt het beveiligingsdebat heel praktische vormen aan: "Voor de beveiliging van de patiëntenwebsite moet DigiD met sms-functie gebruikt worden. Dit is echter een grote drempel. Studenten hebben bijna standaard DigiD met sms-functie vanwege de studiefinanciering, maar de meeste andere burgers moeten dit eerst aanvragen. Daarnaast is voor de koppeling met het PGD DigiD met sms-functie eigenlijk niet voldoende, hier zou een moment van face-to-face contact bij de registratie aan toegevoegd moeten worden. Maar de drempel moet niet te hoog worden, anders wordt het zeker niet gebruikt. En daarbij is de vraag: wie moet de persoonlijke uitgifte gaan uitvoeren? Het ontbreken van een goede infrastructuur voor patiëntauthenticatie is een hindernis. Je wilt eigenlijk een goed beveiligde individuele pas voor iedereen. In andere landen wordt hier ook mee gewerkt, bijvoorbeeld in Israël."

3.5.9 Meer bewijs nodig voor de effectiviteit van eHealth

Enkele ondervraagden koppelen de terughoudendheid van zorgverleners aan behoefte aan meer bewijs voor effectiviteit van eHealth. Een koepelorganisatie geeft aan: "Bewijsvoering speelt een belangrijke rol. Voor veel digitale zelfmanagementinstrumenten kan nog weinig verbetering worden aangetoond, met name op het punt van harde medische indicatoren, bijvoorbeeld effecten op ernstige zaken als amputaties, blindheid, hart- en vaatziekten. Dergelijke effecten kunnen vaak pas op langere termijn worden aangetoond." Ook een GGZ-woordvoerder wijst op het ontbreken van voldoende klinisch bewijs voor de effectiviteit van eHealth: "Er is daarnaast nog te weinig klinisch bewijs voor de effectiviteit. In de GGZ zijn RCT's (randomized controlled trials) gebruikelijk om bewijs voor

effectiviteit te leveren en dat is zeer intensief. De technologie is veel sneller en daarom is het zoeken naar andere manieren die effectiviteit meten."

Maar ook voor de verzekeraar is een bewijs niet onbelangrijk, al hoeft dit niet een volledige effectiviteitsstudie te zijn: "Je moet bij eHealth-initiatieven wel keuzes maken; wij gaan ervan uit dat je binnen een jaar wel resultaat moet zien wil het initiatief blijvend gefinancierd worden. Het gaat daarbij om empirisch bewijs uit de praktijk. Voldoende behandeleffectiviteit en klantwaardering zijn daarbij belangrijk. Het gaat niet om een complete effectiviteitsstudie binnen een jaar."

Sommige leveranciers en een patiëntenorganisatie zien de bewijskwestie ook wel als een excuus waar andere bezwaren achter zitten, zoals de angst voor meer werk, verlies van inkomsten door substitutie naar de eerste lijn of controleverlies.

3.5.10 Angst voor negatieve effecten op werk of inkomen

In de care speelt soms bij medewerkers de angst voor baanverlies of verandering van de aard van het werk: "Bij medewerkers is nog veel angst, ook vanwege de onrust over banen. Er zijn ook cultuuraspecten: door alle fusies voelen medewerkers niet altijd meer een duidelijke band met de werkgever." Ook in de cure-sector speelt angst voor baanverlies een rol: "Daarnaast zijn er ook interne barrières die er mee te maken hebben dat mensen bang zijn dat ze minder werk zullen hebben of dat ze ontslagen zullen worden. Zo zal de inschrijfbalie geen reclame maken voor elektronisch afspraken, omdat er dan personeel uit zal moeten."

Een ander brengt naar voren dat zorgverleners ook terughoudend zijn uit angst inkomen te verliezen: "Zo moet er voldoende financiële compensatie tegenover staan. Op dit moment is dat nog niet het geval. Voor € 3,50 per e-mailconsult gaan specialisten dat niet gebruiken als ze daardoor inkomsten op hun spreekuur mislopen."

3.6 Belemmeringen overwinnen

Hoewel er veel belemmeringen worden gezien, bestaan er ook ideeën over wat er gedaan kan worden om deze belemmeringen te overwinnen. Deze liggen op het gebied van financieringsmogelijkheden, versterken van de vraag van patiënten, betere systeemintegratie, kennisdeling en ondernemerschap.

"Wat betreft een goede manier om eHealth te stimuleren kunnen we veel leren van de Verenigde Staten, met name van het 'meaningful use'-programma. Daarbij worden subsidies op een verstandige manier ingezet om stapsgewijs het inbouwen van nieuwe functionaliteit te stimuleren."

3.6.1 Andere vormen van financiering

Een leveranciersvertegenwoordiger wijst op mogelijkheden om op een betere manier om te gaan met subsidies en om te komen tot andere prikkels door veranderingen in de financiering van de zorg: "Wat betreft een goede manier om eHealth te stimuleren kunnen we veel leren van de Verenigde Staten, met name van het 'meaningful use'-programma. Daarbij worden subsidies op een verstandige manier ingezet om stapsgewijs het inbouwen van nieuwe functio-

naliteit te stimuleren. In feite moet je zoeken naar een model waarbij eHealth ertoe kan leiden dat tegelijkertijd de kosten in de zorg omlaag gaan en de kwaliteit en veiligheid omhoog. Je moet dan naar een andere manier om het zorgstelsel te financieren. De oplossing ligt mogelijk in populatiegebonden bekostiging, waarbij je bijvoorbeeld binnen een regio hetzelfde bedrag geeft dat nu wordt uitgegeven aan de zorg, en daarvoor alle zorg binnen die regio aanbiedt."

Zorgverleners wijzen daarnaast op het belang van adequate vergoedingen voor nieuwe eHealth-toepassingen. "De belangrijkste stimulans voor eHealth blijft toch een goed businessmodel. Maar als er dan bewijs is dat iets werkt, dat je voldoet aan eisen van kwaliteit en effectiviteit, dan moet het je ook gegund worden door verzekeraars en overheid, en er moet dan wel een fatsoenlijke vergoeding tegenover staan."

3.6.2 Vraag vanuit patiënten versterken

Vooral leveranciers benadrukken een rol voor patiënten in het stimuleren van eHealth. Een leveranciersvertegenwoordiger geeft aan: "Ook moeten we de patiënt veel meer een rol in het proces geven. Een mooie parallel is het serviceboekje. Als ik mijn auto naar de garage breng, dan schrijft de garage in het serviceboekje wat er is geregeld, en op zo'n manier dat de informatie in het boekje relevant is voor de volgende autobezitter en monteur. Ook bij de dierenarts is het zo geregeld. Maar voor de patiënt werkt het zo nog niet. Toch zie je dat in andere landen die systematiek wordt gehanteerd, in Australië met het 'Patient Centered EHR', in de Verenigde Staten met het 'Blue Button'-programma. Dit is een veel logischer model dan de zorgverlener confronteren met een selectie uit het dossier van een reeks andere zorgverleners, waaruit hij vervolgens zelf de relevante informatie moet destilleren."

Een andere leverancier zegt in dit kader: "Een goede stimulans voor de kwaliteit van zorg zou zijn als zorgverleners gescoord worden door patiënten, bijvoorbeeld via Zorgkaart Nederland. Dit zorgt voor een soort marktwerking, patiënten kiezen dan vanzelf voor de betere zorgverleners. Ook geeft het een handvat voor verbeteringen aan de zorgverleners."

Een patiëntenorganisatie geeft aan dat patiënten meer invloed kunnen hebben op het gebruik van bepaalde eHealth-toepassingen: "Op dit moment heeft de patiënt geen invloed op of hij telemonitoring kan gebruiken. Dit is afhankelijk van of het ziekenhuis het aanbiedt. In theorie zouden ze naar een ander ziekenhuis kunnen, maar in de praktijk gebeurt dat niet. Idealiter zou de patiënt hierop invloed kunnen uitoefenen en zelf kunnen kiezen welk systeem of welke onderdelen hem of haar aanspreken. Is het aan de arts om te beslissen of de patiënt telemonitoring kan gebruiken, als er bewijzen zijn voor lagere mortaliteit en minder ziekenhuisopnames? En past het niet in deze tijd om meer zelf te regelen op het gebied van je gezondheid? Zelfmanagement en meer regie leiden bewezen tot meer kwaliteit van leven."

3.6.3 Afspraken over standaardisatie en betere (systeem)integratie

Waar gebrek aan interoperabiliteit wordt ervaren als belemmering, wordt goede integratie van systemen als stimulans gezien. Een beroepsorganisatie zegt:

“Integratie van nieuwe functionaliteit met het huidige zorgverlenerdossier is een belangrijk aspect. Daarnaast is standaardisatie enorm belangrijk. De zorg is een polderlandschap, maar eigenlijk moeten leveranciers die zich niet aan standaarden willen committeren van de markt af.” Een andere beroepsorganisatie geeft aan: “eHealth moet geïntegreerd zijn in het systeem van de zorgverlener, zodat hij niet meerdere systemen hoeft te gebruiken. Veel patiëntportalen zijn bijvoorbeeld nog niet geïntegreerd in het systeem van de zorgverlener.” Integratie betekent ook dat eHealth-toepassingen goed zijn in te passen in het zorgproces: “Het moet geen tijd kosten en het moet goed passen in de dagelijkse werkzaamheden.”

“eHealth moet geïntegreerd zijn in het systeem van de zorgverlener, zodat hij niet meerdere systemen hoeft te gebruiken.”

3.6.4 Vergroten van bewustzijn en kennis

Meerdere geïnterviewden wijzen op het belang van het delen van informatie over goede voorbeelden. Een patiëntenorganisatie geeft aan: “Er zou een digitaal platform moeten zijn waar zorgverleners en -instellingen goede voorbeelden en handvatten kunnen vinden. Nu stranden veel initiatieven doordat het niet goed voorbereid is.”

Een vertegenwoordiger van een zorginstelling zegt: “Je kunt ook veel meer gaan samenwerken met verschillende partijen om van elkaars deskundigheid te leren.” Daarbij kunnen ook andere partijen betrokken worden, bijvoorbeeld uit de kunstenwereld. “Zo’n andere partij brengt veel nieuwe inzichten mee.”

Een vertegenwoordiger van een koepel van zorgaanbieders geeft aan: “Daarnaast moet er ook meer ‘public awareness’ komen. Op dit moment snappen mensen niet wat het voor ze kan opleveren. Je moet het publiek positief benaderen, in plaats van wachten op negatieve geluiden in de media.”

“Daarnaast moet er ook meer ‘public awareness’ komen. Op dit moment snappen mensen niet wat het voor ze kan opleveren.”

3.6.5 Vertrouwen op ondernemerschap en motivatie

Sommigen wijzen op het belang van ondernemerschap en motivatie. Een leverancier zegt: “Voorwaarden voor succes als het gaat om eHealth zijn toch vooral: een lange adem hebben, ondernemerschap, er echt bovenop zitten en overtuigingskracht. Echt vanaf het begin een businesscase hebben en aansluiting vinden bij de ‘key users’.” En: “Om een eHealth-dienst van de grond te krijgen moet je er gewoon constant zelf bij zijn, alsof je je eigen huis laat bouwen, je kunt dat niet uit het oog verliezen. Bij subsidieprojecten gebeurt dat niet op die manier, daarom ontstaat door subsidies eigenlijk een begraafplaats van ideeën.”

Ook bij zorgaanbieders kan dit een rol spelen: “Je ziet dat fysiotherapeuten ondernemend zijn en dat de jonge garde ontwikkelingen omarmt. Prikkels zijn bijvoorbeeld het je willen onderscheiden door innovatie en onvrede over de huidige beperkende administratief georiënteerde systemen.”

3.6.6 eHealth als internationaal 'uithangbord'

Een medewerker van een GGZ-instelling wijst op de mogelijkheid voor de overheid om stimulerend op te treden: "De overheid zou eHealth en e-mental health meer als 'het nieuwe baggeren en het nieuwe Dutch Design' kunnen neerzetten. Nederland loopt nog steeds voorop en heeft veel expertise, daar zouden we internationaal ons mee kunnen positioneren. Ook in healthgames is Nederland wereldwijd een heel grote speler."

3.7 Geen gemeenschappelijk beeld van wie er aan zet is

Als het gaat om wie er aan zet is om de implementatie van eHealth verder te brengen, komt uit de gesprekken met deskundigen een divers beeld naar voren. Daarbij worden verschillende rollen toegedicht aan de verschillende partijen, waaronder overheid en verzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en patiënten zelf.

3.7.1 De overheid: voorwaarden scheppen of regie pakken?

Sommige deskundigen zien de rol van de overheid vooral in de voorwaardenscheppende sfeer. Aandachtspunt hierbij is het wegnemen van belemmeringen en schotten, zoals het makkelijker maken van de financiering. Iemand merkt daarbij op: "Je kunt eHealth niet van bovenaf opleggen." Een zorgverlener geeft aan dat je van de overheid geen doorbraak mag verwachten omdat deze zich juist terugtrekt.

Anderen vinden dat van de overheid een duidelijke visie en een vorm van regie mag worden verwacht. Een vertegenwoordiger van een koepel van zorgaanbieders stelt: "De overheid heeft geen regie, er ontbreekt een duidelijke visie voor de zorg. Goed voorbeeld hierin is het 'meaningful use'-programma in Amerika. Hierin is heel duidelijk gezegd: over zoveel jaar willen we hier zijn en daarvoor moeten we nu dit doen. De overheid zou een concreet vijfjarenplan moeten hebben. Als je dat hebt, kun je beter invulling geven aan de activiteiten die je nu moet initiëren." Een zorgverlener zegt hierover: "Het is belangrijk om een stip op de horizon vast te stellen en de stappen daar naartoe. Overheden en vergelijkbare instellingen denken in termijnen van twee tot vier jaar. Je hebt echter een visie nodig voor een termijn van minimaal dertig jaar, om echt iets te kunnen bereiken."

"Het is belangrijk om een stip op de horizon vast te stellen en de stappen daar naartoe. Overheden en vergelijkbare instellingen denken in termijnen van twee tot vier jaar. Je hebt echter een visie nodig voor een termijn van minimaal dertig jaar, om echt iets te kunnen bereiken."

Financiering blijft daarbij een belangrijk aandachtspunt, hierbij worden overheid en verzekeraars ook wel in één adem genoemd: "Overheid en verzekeraars zijn aan zet om slimmere financiering te regelen, waardoor eHealth lonend kan worden. Het heeft zeven jaar geduurd voordat aanbieden van anonieme zorg goed geregeld was."

Een onderdeel van de gewenste 'regie' is voor sommigen het sturen op standaarden. Een GGZ-instelling zegt: "Het is fijn dat de overheid/EU zo sterk inzet op standaarden in ICT-land, als we makkelijk kunnen koppelen zal dit veel geld en frustratie schelen. Koppelingen zijn de

nummer-één-wens bij behandelaars als het gaat om opruimen van beren op de weg." Ook een leverancier van eHealth-diensten ziet een rol op het gebied van standaarden: "De overheid mag meer druk zetten op leveranciers als het gaat om standaardisatie en koppelingen.

3.7.2 Verzekeraars: samenwerken, sturen op inkoop en slim financieren

Van verzekeraars wordt verwacht dat ze sturen op kwaliteit via de zorginkoop en samen met de overheid de financiering slim regelen. Ook is het belangrijk dat ze samenwerken.

Verschillende partijen benadrukken de sturende rol van de verzekeraar: "Zorgverzekeraars kunnen de opschaling van eHealth faciliteren door het als norm bij zorginkoop te stellen, te beginnen met basale mogelijkheden zoals het kunnen maken van afspraken via internet en e-consulten. Ook kunnen ze eisen stellen aan de interoperabiliteit."

"De zorgverzekeraars zijn nu aan zet op het gebied van financiën en op het gebied van prestatie-indicatoren. Ze moeten bijvoorbeeld de zorgverlener verplichten om de kwaliteit van leven goed en gestructureerd te meten. Voor de patiënt is dit eigenlijk de belangrijkste prestatie-indicator. Ook het reviewen van zorgverleners door patiënten zouden zij moeten stimuleren. De overheid kan hier een rol in spelen door hier druk op te zetten." En: "Verzekeraars zouden een stevige rol kunnen hebben door het sturen op inkoopeisen. Zo kun je bijvoorbeeld de inzet van teleconsultatie enorm stimuleren. Toch gebeurt dat te weinig, kennelijk is er ook bij de verzekeraars geen urgentie."

Een leverancier vindt dat de verzekeraar zich meer kan verbinden aan bewezen oplossingen: "Van verzekeraars mag je meer long term commitment verwachten voor oplossingen die bewezen resultaten leveren. Soms lijken verzekeraars geen consistent beleid te voeren en ben je als dienstenaanbieder van willekeur afhankelijk. Het is de verantwoordelijkheid van een verzekeraar om reële tarieven te bieden voor oplossingen die zich bewezen hebben. Het is de verantwoordelijkheid van de eHealth-aanbieder om met een goed product te komen en die van de verzekeraar om de eHealth-aanbieder dan ook groei te gunnen."

Ook wordt erop gewezen dat verzekeraars moeten samenwerken en niet elk voor zich oplossingen ontwikkelen: "Je hebt dan het probleem dat zaken bij de zorgverlener verschillend afgehandeld moeten worden voor patiënten met verschillende aanvullende verzekeringen. Voor een zorgverlener die een eHealth-oplossing moet aanbieden is dat niet meer te volgen."

Een koepel van zorgverleners zegt: "De zorgverzekeraars kunnen wel meer actief meedenken hoe de investeringen en baten beter verdeeld kunnen worden, zodat zorgaanbieders ook ruimte krijgen om in eHealth te investeren. Het is onrealistisch om te denken dat eHealth op korte termijn veel besparingen kan opleveren, want investeringen in infrastructuur en opleidingen moeten eerst terugverdiend worden."

3.7.3 Bewustere en actievere zorggebruikers?

Diverse partijen vinden een grotere rol van de zorggebruiker relevant, maar sommigen twijfelen of deze makkelijk gerealiseerd zal worden. Een beroepsorganisatie van zorgverleners stelt: "Eigenlijk zou de

patiënt de macht moeten hebben om het gebruik van eHealth te kunnen afdwingen. Het is echter niet realistisch om te verwachten dat patiënten deze rol op zich nemen." Een leverancier stelt: "Patiënten moeten meer te kiezen krijgen, maar moeten ook bereid zijn om mee te werken aan ICT-gestuurde zorg. Zij zullen dan uiteindelijk meer regie krijgen over hun eigen gezondheid en zorg. De patiëntenverenigingen zullen hier ook een standpunt op in moeten nemen." Een overheidsorganisatie verwacht dat de ontwikkeling in de techniek de rol van patiënten zal versterken: "De patiënt zal steeds meer aan zet komen door de snelle ontwikkelingen in de mobiele technologie."

"De zorgverleners zijn aan zet om de implementatie en opschaling van eHealth op gang te brengen. Ten eerste uit eigen belang, als ze er nu op inzetten kunnen ze er controle over hebben. Daarnaast is het hun maatschappelijke verantwoordelijkheid, als antwoord op de verwachte grotere zorgvraag."

3.7.4 Zorgverleners meer aan de slag met eHealth?

Enkele beroepsorganisaties van zorgverleners geven aan dat de zorgverlener al aan de slag kan: "De zorgverleners zijn aan zet om de implementatie en opschaling van eHealth op gang te brengen. Ten eerste uit eigen belang, als ze er nu op inzetten kunnen ze er controle over hebben. Daarnaast is het hun maatschappelijke verantwoordelijkheid, als antwoord op de verwachte grotere zorgvraag. De beroepsgroep moet dit gezamenlijk oppakken." Niet iedereen ziet zorgverleners hierin voorop lopen. Een leverancier stelt: "Zorgverleners zullen wel volgen, als er verplichtingen en geld aan vast zitten. Organisaties zijn niet veranderingsgezind, dit zouden ze wel meer moeten zijn."
Er ligt ook een taak voor de beroepsverenigingen, vindt een koepelorganisatie: "Beroepsverenigingen kunnen meer inzetten op het opnemen van eHealth in opleidingstrajecten, dat krijgt nu nog te weinig aandacht. Op zich zal de jongere garde wel vanzelf wat meer ICT-minded zijn."

Enkele geïnterviewden benadrukken de gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverlener en patiënt: "Een zorgverlener kan het wel aanbieden, maar de patiënt moet het ook willen gebruiken. En een patiënt kan het wel willen gebruiken, maar de zorgverlener moet het dan ook aanbieden."

3.7.5 Leveranciers en afnemers

De leveranciers worden enkele keren genoemd in combinatie met andere partijen zoals zorgverleners, patiënten en verzekeraars. Echter, de ondervraagden noemen de leverancier meestal niet als de partij die 'aan zet' is. Een beroepsorganisatie van zorgverleners benadrukt nogmaals het belang van beweging bij leveranciers, maar daar moeten zorgverleners dan wel op sturen: "Ten aanzien van ICT-ontwikkelingen vinden wij het belangrijk dat de ICT-leveranciers in beweging komen om te helpen ontwikkelingen in gang te zetten die de beroepsgroep echt helpen. De leveranciersmarkt voor onze beroepsgroep is conservatief en zit op slot. Tegelijkertijd is er nog te weinig kritische vraagstelling richting leveranciers vanuit de beroepsgroep zelf. Het is zaak de vraag vanuit de beroepsgroep verder te mobiliseren om een kwaliteitsslag te maken."

“Patiënten moeten meer te kiezen krijgen, maar moeten ook bereid zijn om mee te werken aan ICT-gestuurde zorg.”

3.8 Conclusie en discussie

In de consultatieronde is gesproken met verschillende actoren met elk hun eigen rol in het zorgveld. Opvallend is dat positieve verwachtingen van de inzet van eHealth onder de geïnterviewden breed gedeeld worden, ook door verschillende actoren. Hierbij kan een rol spelen dat vooral professionals werden geïnterviewd die zich beroepsmatig veel met zaken rondom eHealth en/of ICT in de zorg bezighouden. Tegelijkertijd mag van hen verwacht worden dat zij door hun professionele betrokkenheid gezamenlijk een goed beeld hebben van de inzichten en discussies die bestaan in het zorgveld rondom eHealth en dat zij daardoor een evenwichtig beeld kunnen schetsen.

Verwachtingen van eHealth voor het bereiken van doelen in de zorg (zelfmanagement, doelmatigheid en betaalbaarheid, continuïteit van zorg, patiëntveiligheid, kwaliteit en toegankelijkheid) komen overeen met diverse recente publicaties (Minister van VWS, juni 2012), (NYFER, 2013) (KNMG, NPCF en Zorgverzekeraars Nederland, 2012). Tegelijkertijd wordt wel gewaarschuwd voor te hoge verwachtingen, vooral op korte termijn.

In overeenstemming met het eHealth Action Plan 2012-2020 (Europese Commissie, 2012) leggen veel geïnterviewden een belangrijk accent op de rol van eHealth bij het bevorderen van meer participatie van de patiënt. Tegelijkertijd wordt een actieve of eisende rol van patiënten als het gaat om het gebruik van eHealth nog niet door de geïnterviewden waargenomen.

Men verwacht wel dat de mogelijkheden voor patiënten op het gebied van onder andere portalen en inzage in het dossier gaan toenemen.
Ten aanzien van zelfmanagement kan op basis van literatuur worden opgemerkt, dat om zelfmanagement mogelijk te maken, aanpassingen nodig zijn in zorgorganisatie, zorgfinanciering, verantwoording en toezicht. Ook vraagt het om een andere visie op zorg. ICT is daarbij slechts een van meerdere randvoorwaarden (Landelijk actieprogramma zelfmanagement, 2012). Actief gebruik van eHealth in het kader van zelfmanagement is daarom naar verwachting ook afhankelijk van de mate waarin ook andere voorwaarden voor zelfmanagement aanwezig zijn.

Meerdere geïnterviewden, vooral (koepels van) zorgverleners zijn terughoudend als het gaat om positieve kosteneffecten, zeker op de korte termijn. Zij verwachten zelfs dat kosten, zeker in eerste instantie, zullen toenemen. Tegelijkertijd worden er door anderen voorbeelden gegeven van hoe eHealth kosten zou kunnen besparen. In het Nederlandse beleid is beperking van kostenstijging wel degelijk een uitgangspunt (Minister van VWS, juni 2012). Het is daarom van belang om meer inzicht te verkrijgen in de mechanismen waarlangs de inzet van eHealth daadwerkelijk tot kostenbesparingen kan leiden.

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat Nederland zich in vergelijking met andere landen in de voorhoede bevindt op het gebied van eHealth. De indruk dat Nederland in vergelijkingen met andere landen in het algemeen goed scoort, wordt bevestigd door enkele recente internationale studies over eHealth (Schoen en Osborn, 2012) (HIM Health Information

Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas en Tech4i2, 2013). Het zorgveld bevindt zich met eHealth nog wel in de fase van experimenteren. Er wordt gesproken over een lappendeken van experimenten.

Uit de gesprekken komt naar voren dat er veel zicht is op de aspecten die van belang zijn om te komen tot een goede implementatiestrategie. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat er nog veel onbekendheid is met eHealth en dat er nog onvoldoende aandacht is voor eHealth in de opleidingen van zorgverleners. Het zou goed zijn om de beschikbare kennis meer toegankelijk en toepasbaar te maken en te gebruiken in het bevorderen van bewustwording en het verbeteren van opleidingen.

De geïnterviewden zien nog veel verschillende belemmeringen. Zorgen over de financiering van eHealth-toepassingen komen hierbij het meest prominent naar voren. Daarnaast worden onder andere het gebrek aan standaardisatie en interoperabiliteit, onbekendheid met eHealth, beroepscultuur, gebrek aan bewijs en onduidelijkheid over wetgeving genoemd. Deze belemmeringen worden ook op Europees niveau gesignaleerd (Europese Commissie, 2012). Interessant is de vraag in hoeverre de genoemde belemmeringen in de praktijk worden ervaren door zorgverleners als zij eHealth-oplossingen beschikbaar maken voor hun patiënten of cliënten. Hierop wordt nader ingegaan bij de resultaten van het uitgevoerde panelonderzoek in hoofdstuk 5 en hoofdstuk 7.

Interessant is dat ook enkele belemmeringen naar voren worden gebracht die in het Europese beleidskader niet nadrukkelijk genoemd worden. Een punt dat herhaaldelijk wordt genoemd is een versnipperde benadering van ICT in de zorg ('gebrek aan regie'). Het aspect van te veel versnippering om het potentieel van eHealth-toepassingen te benutten is eerder geconstateerd op Nederlands beleidsniveau (Minister van VWS, juni 2012).

Een belemmering, die vooral naar voren wordt gebracht door leveranciers, is de mogelijk marktverstorende werking van subsidies. Daarbij doet zich de vraag voor of en hoe dit instrument op een zodanige wijze kan worden ingezet dat marktverstorende effecten niet optreden.

Het valt op dat tussen (koepels van) zorgverleners en leveranciers verschillend wordt gedacht over de rol van leveranciers als het gaat om standaardisatie en interoperabiliteit. Aan leveranciers wordt vooral door (koepels van) zorgverleners een weinig proactieve houding toegeschreven. Zij zouden niet willen meewerken aan interoperabiliteit en standaardisatie. Leveranciers geven juist aan dat zij standaardisatie toejuichen, maar dat er tegelijkertijd een te groot beroep wordt gedaan op hun verandercapaciteit. Vanuit dit perspectief kan het interessant zijn om de rol van leveranciers nader te onderzoeken.

Er worden diverse mogelijkheden aangevoerd door geïnterviewden om belemmeringen weg te nemen. Als belangrijke stimulansen worden genoemd: het beter regelen van de financiering, het versterken van de vraag van de patiënt, het verbeteren van de interoperabiliteit en het stimuleren van de bewustwording. Dergelijke zaken sluiten aan bij reeds bestaande beleidsdocumenten op het gebied van eHealth waarin op deze punten acties worden aangekondigd (Minister van VWS, juni 2012)

(KNMG, NPCF en Zorgverzekeraars Nederland, 2012).

Tijdens de gesprekken werd vaak het gebrek aan regie als groot probleem genoemd. Voor het oppakken van die regierol wordt door een deel van de stakeholders naar de overheid gekeken. De ontwikkelingen in de organisatie van de gezondheidszorg laten echter een heel andere beweging zien: de regierol in de zorg wordt verlegd naar verzekeraars en gemeentes (Minister en staatssecretaris van VWS, februari 2013). Mogelijk is de tijd rijp voor een andere invulling van de regierol van de overheid, naar voorbeeld van het Amerikaanse 'meaningful use'-programma[7], waarbij de overheid kaders stelt, zodat de het veld zijn werk kan doen.

Daarnaast heeft van de andere veldpartijen elk zijn rol: zorgprofessionals, zorginstellingen, verzekeraars, ICT-leveranciers en patiënten. Van zorgverleners en zorginstellingen wordt verwacht dat zij de implementatie en opschaling van eHealth meer op gang brengen. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat ze sturen op kwaliteit via de inkoop en samen met de overheid de financiering slim regelen. Van zorg-ICT-leveranciers wordt verwacht dat zij zorgen voor goed integreerbare systemen. Patiënten lijken zich nog niet ten volle bewust van de mogelijkheden. Er wordt wel de hoop uitgesproken dat zij een meer actief vragende positie gaan innemen als het gaat om inzet van eHealth, maar het is onduidelijk of dit werkelijk te verwachten is.

3.9 Referenties

Europese Commissie (2012). *Actieplan e-gezondheidszorg 2012-2020 Innovatieve gezondheidszorg voor de 21e eeuw.* Brussel: Europese Commissie.

HIM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas, Tech4i2 (2013). *SMART 2011/0033 Benchmarking deployment of eHealth Among General Practitioners. Background Document Prepared ad hoc For the Joint EC-OECD Workshop "Benchmarking Information and Communication Technologies in Health Systems".* Brussel: IM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas, Tech4i2.

KNMG, NPCF en Zorgverzekeraars Nederland (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) eHealth.* KNMG, NPCF, Zorgverzekeraars Nederland.

Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (2012). *Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement 2008-2012, "Kennis, Resultaten en Toekomst".* Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement.

Minister en staatssecretaris van VWS (februari 2013). *Gezamenlijke agenda VWS 'van systemen naar mensen' brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.* Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Minister van VWS (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende E-health.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

NYFER (2013). *Gezond online.* NYFER. Utrecht: NYFER.

Schoen, C. en Osborn, R. (2012). *The Commonwealth Fund 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.* The Commonwealth Fund. The Commonwealth Fund.

[7] 'Meaningful use' is een Amerikaans overheidsprogramma dat er op gericht is om met standaarden te komen tot kwaliteitsverbetering in informatiesystemen en in medische dossiervoering bij zorgverleners, die daarvoor een soort 'prestatiebeloning' ontvangen.



4. Zoeken en bijhouden van gezondheidsinformatie

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Vrijwel alle Nederlanders hebben toegang tot internet (94%). Twee derde van de Nederlanders (66%) zoekt informatie over ziekte en behandeling op internet[8].

eHealth-toepassingen gericht op zelfmanagement worden nog maar weinig gebruikt. Het gaat dan om voorbeelden als het doen van een zelftest op internet (6%), het online bijhouden van de eigen gezondheidsgegevens (4%) of op de telefoon een herinnering instellen voor het innemen van medicijnen (2%).

4.1 Inleiding

Europees en landelijk beleid in de gezondheidszorg is erop gericht om mensen een actievere rol te geven bij keuzes rondom hun gezondheid en zorg (Europese Commissie, 2012) (Minister van VWS, juni 2012). Van eHealth wordt verwacht dat het kan ondersteunen bij zelfmanagement en eigen regie van patiënten, onder meer resulterend in een minder zwaar beroep op de zorg. Vooralsnog is er echter uit internationale literatuur onvoldoende aantoonbaar te maken dat aan deze belofte van eHealth kan worden voldaan (Peeters, Wiegers, de Bie en Friele, 2013). In dit hoofdstuk staan eHealth-toepassingen centraal die ondersteunen bij zelfmanagement en zorg voor de eigen gezondheid. Toegang tot gezondheidsinformatie is een belangrijk startpunt voor zelfmanagement. Er zijn steeds meer mogelijkheden die zorggebruikers hierbij kunnen ondersteunen. Het gaat dan bijvoorbeeld om online informatie over gezondheid of ziekte, maar ook om kwaliteitsinformatie bedoeld om keuzes te maken in het zorgaanbod. Verwacht wordt dat het raadplegen van dergelijke keuze-informatie door patiënten ook bij zou kunnen dragen aan de kwaliteit van de zorg (Ketelaar, 2011). Dit laatste aspect raakt ook aan het beleidsdoel van eHealth om kwaliteit van zorg te verbeteren. Naast de beschikbaarheid van informatie zijn er steeds meer mogelijkheden om zelf online of via mobiele apps informatie bij te houden over de eigen gezondheid en zorg, online gezondheidstesten uit te voeren of online behandelingen te volgen.

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten uit het vragenlijstonderzoek onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg (zie hoofdstuk 2.2). Het gaat in op het gebruik van diverse (internet)toepassingen, bijvoorbeeld het zoeken naar gezondheidsinformatie, het meten en bijhouden van gegevens over de gezondheid en vormen van behandeling via internet. Daarnaast presenteren we de resultaten uit het vragenlijstonderzoek onder psychiaters uit het KNMG-panel over het gebruik van online behandelvormen binnen de geestelijke gezondheidszorg (zie hoofdstuk 2.2).

Het rapport gebruikt een grafische weergave van de resultaten voor meer overzicht. In de tabellenbijlage staan de bijbehorende tabellen.

[8] Omdat gebruik is gemaakt van steekproeven moet rekening worden gehouden met betrouwbaarheidsmarges (95%) bij verschillende omvang van de (deel-)populaties. Dit houdt in dat de gegeven percentages in de werkelijkheid iets af kunnen wijken. Zie voor meer informatie hoofdstuk 2.

4.2 Gebruik van internet door zorggebruikers

Voor het online zoeken en bijhouden van gezondheids-informatie is toegang tot het internet een eerste voorwaarde. Daarnaast is van belang met welke apparaten gebruikers toegang tot het internet kunnen krijgen en hoe makkelijk zij het gebruik van internet vinden.

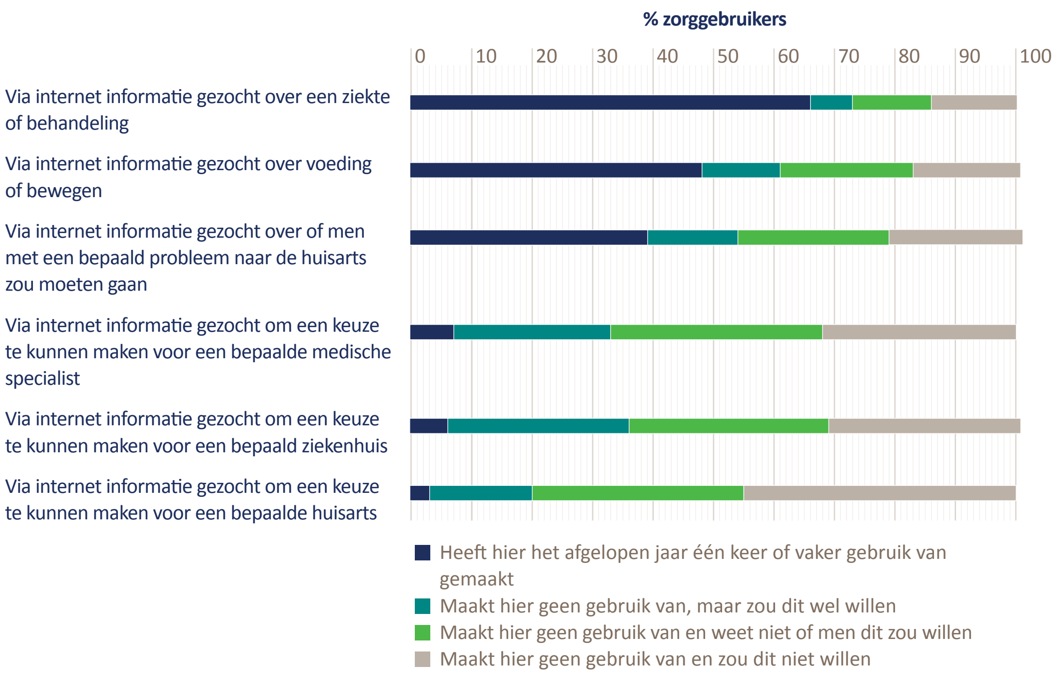
Het gebruik van internet is behoorlijk ingeburgerd onder zorggebruikers (zie tabel 4-1 in de tabellenbijlage). Vrijwel alle zorggebruikers maken hiervan gebruik voor verschillende activiteiten en vaak via meerdere apparaten. Van de zorggebruikers maakt 6% geen gebruik van internet. Een ruime meerderheid (71%) vindt het gebruik van internet gemakkelijk of zeer gemakkelijk. Van de mensen die internet gebruiken heeft zes op de tien (60%) toegang tot internet via twee of meer apparaten. Dit is voor vrijwel iedereen (99%) via een computer of laptop. Iets minder dan helft (46 %) gebruikt ook internet via een telefoon en ruim een derde (36%) heeft toegang tot internet met een tablet (bijvoorbeeld een iPad). Acht op de tien internetgebruikers (80%) maakt regelmatig gebruik van internetbankieren en een derde (32%) bestelt regelmatig goederen via internet.

4.3 Online informatie

Deze paragraaf gaat in op het zoeken van gezondheids-informatie op internet en met mobiele apps.

Veel mensen maakten het afgelopen jaar gebruik van internet of een mobiele app om informatie te zoeken over ziekte en zorg (zie figuur 4-1 en tabel 4-2 in de tabellen-bijlage). Zo zocht twee derde van de zorggebruikers (66%) het afgelopen jaar naar informatie over ziekte of behan-

Figuur 4-1
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat het afgelopen jaar informatie zocht over gezondheid en zorg via een website of met een telefoon, tablet of ander apparaat (n=720-730).



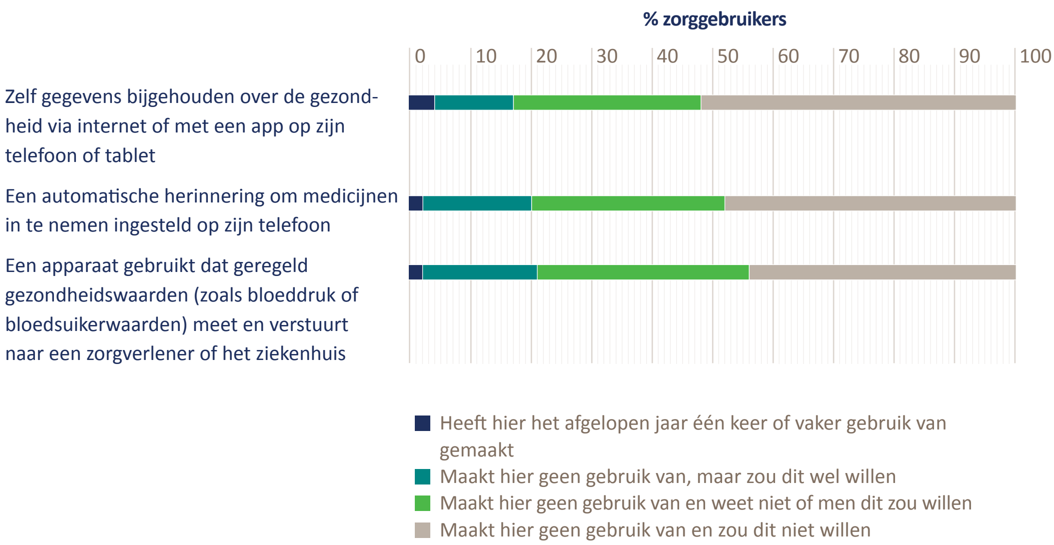
deling op internet. Circa de helft zocht informatie over voeding of bewegen (48%) en twee vijfde (39%) zocht informatie om te bepalen of men met een bepaalde klacht naar de huisarts zou moeten gaan. Het zoeken naar informatie om een keuze te maken voor een bepaalde huisarts, medisch specialist of ziekenhuis kwam veel minder vaak voor (3-7%). Voor het kiezen van een huisarts weet 80% van de zorggebruikers niet of ze hiervan in de toekomst gebruik wil maken of wil dit niet (zie tabel 4-2 in de tabellenbijlage). Hetzelfde zien we bij twee derde van de zorggebruikers als het gaat om informatie voor de keuze van een medisch specialist (67%) of een ziekenhuis (65%).

4.4 Online bijhouden van gegevens

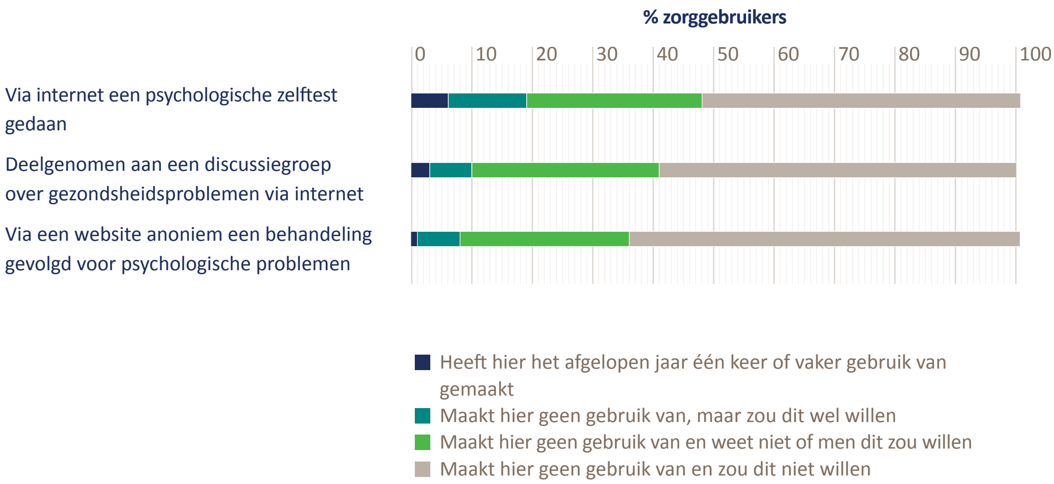
Voor een beter inzicht in de eigen gezondheid en ter ondersteuning van de behandeling van ziekten zijn eHealth-toepassingen beschikbaar. Deze richten zich op het meten en bijhouden van gegevens over de eigen gezondheid en op het helpen volhouden van een behandeling.

Figuur 4-2 maakt duidelijk dat zorggebruikers deze mogelijkheden nog nauwelijks gebruiken (zie ook tabel 4-2 in de tabellenbijlage). Minder dan 5% maakte het afgelopen jaar gebruik van het meten of bijhouden van gegevens over de eigen gezondheid via internet, een app of een apparaat. Ook is de groep die hier in de toekomst gebruik van wil maken beperkt. Zo wil 13% in de toekomst wel zelf online of via een app gegevens bijhouden over de eigen gezondheid. Bijna een vijfde wil gebruik maken van een automatische herinnering voor medicatie (18%) of een apparaat dat geregeld gezondheidswaarden meet en doorstuurt naar een zorgverlener of het ziekenhuis (19%).

Figuur 4-2 Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat het afgelopen jaar gebruik maakte van internet of van een telefoon, tablet of ander apparaat om gegevens over de gezondheid te meten of bij te houden (n=713-717).



Figuur 4-3
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat het afgelopen jaar gebruik maakte van internet of van een telefoon, tablet of ander apparaat voor online behandelvormen of zelftests (n=716-721).



4.5 Gebruik van zelftesten en online behandeling

Deze paragraaf gaat in op enkele voorbeelden van online behandelvormen binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Het gebruik van deze toepassingen kwam in het afgelopen jaar nauwelijks voor (figuur 4-3). Een zeer bescheiden groep wil hier in de toekomst gebruik van maken. Het doen van een psychologische zelftest op internet of via een app kwam het meest voor: dit gebruikt 6% van de zorggebruikers en 13% wil dit in de toekomst gebruiken (zie ook tabel 4-2 in de tabellenbijlage).

Bij het onderzoek onder psychiaters (n=68) geeft een vijfde aan dat het voor mensen mogelijk is om via de website anoniem een psychologische zelftest te doen. Eveneens een vijfde biedt de mogelijkheid om een vraag te stellen over psychische problemen aan een zorgverlener. Overige vormen van anonieme zorgverlening zijn veel minder vaak mogelijk, zoals het online volgen van een behandeling met of zonder begeleiding van een zorgverlener (beiden 10%) of het voeren van een gesprek met een zorgverlener via een chatprogramma (6%) (zie tabel 4-3 in de tabellenbijlage).

4.6 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk staan eHealth-toepassingen centraal die ondersteunen in de zorg voor de eigen gezondheid. Toegang tot internet is hierbij een belangrijke voorwaarde. Uit de resultaten blijkt dat vrijwel alle Nederlanders toegang hebben tot internet. Veel mensen maken ook gebruik van internet om informatie te zoeken over gezondheid en ziekte. Twee derde van de mensen zocht op internet naar informatie over ziekte of behandeling, een derde zocht specifiek naar informatie om te bepalen of een bezoek aan een huisarts nodig was bij een bepaalde klacht. De helft van de mensen zocht bovendien naar informatie over voeding en beweging. De resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek onder een steekproef van de leden van het Consumenten-

panel Gezondheidszorg in 2010, waarin werd geconstateerd dat internet een belangrijke bron van informatie vormt over gezondheid en ziekte (Brabers, Reitsma-van Rooijen en de Jong, 2012). Het zoeken van informatie om een keuze te kunnen maken voor een bepaalde zorgverlener of zorginstelling wordt nog maar beperkt gebruikt.

De verwachtingen van eHealth-toepassingen die zelfmanagement kunnen bevorderen zijn hoog. In dit onderzoek zien we dat een aantal voorbeelden van deze toepassingen, zoals het doen van een psychologische zelftest op internet, het bijhouden van de eigen gezondheidsgegevens of het online volgen van een behandeling, op dit moment nog weinig wordt gebruikt. Ook de groep die dit in de toekomst zou willen gebruiken is klein. Deze monitor geeft geen inzicht in de redenen van dit beperkte gebruik. Deels kan het komen doordat bepaalde toepassingen niet grootschalig worden aangeboden, zoals in het geval van psychiaters, van wie slechts 10% zegt dat ze de mogelijkheid van een behandeling met online begeleiding aanbieden (zie tabel 4-3 in de tabellenbijlage). Het kan zijn dat onbekendheid met de mogelijkheden een rol speelt. Deels kan het ook komen doordat een bepaalde toepassing maar voor een kleine groep mensen relevant is. Tenslotte is bekend dat veel mensen weliswaar denken goed overweg te kunnen met verschillende nieuwe technologische toepassingen, maar dat velen niet het nut ervan zien (Peeters, Wiegers, de Bie en Friele, 2013).

Nederlandse burgers weten hun weg te vinden op internet. Ze gebruiken internet ook om informatie te vinden over ziekte en behandeling. Aan een belangrijke voorwaarde voor het toepassen van eHealth is dus voldaan. Het is een volgende stap om daadwerkelijk iets te doen, zoals het bijhouden van gezondheidsgegevens. Dit vraagt meer van mensen dan alleen het zoeken van informatie en deze stap is nog niet gezet.

4.7 Referenties

Brabers, A., Reitsma-van Rooijen, M. en de Jong, J. (2012). *Huisartsenzorg in cijfers: gebruik van internet voor gezondheidsinformatie*. Huisarts en Wetenschap vol. 55. 2012 nr. 8.

Europese Commissie (2012). *Actieplan e-gezondheids-zorg 2012-2020 Innovatieve gezondheidszorg voor de 21e eeuw*. Brussel: Europese Commissie.

Ketelaar, P. (2011). *eHealth in Beeld*. KNMG, NVEH en eHealthNu.

Minister van VWS (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer betreffende E-health*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Peeters, J., Wiegers, T., de Bie, J., Friele, R. (2013). *Overzichtstudies: Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL



5. Communicatie tussen zorggebruiker en zorgverlener

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Patiënten zijn slecht op de hoogte van de mogelijkheden die zorgverleners bieden om via internet met hen te communiceren. Zo kunnen patiënten bij twee derde van de huisartsen (66%)via internet een herhaalrecept aanvragen, terwijl maar een op de vijf patiënten (21%) weet dat dit kan[9].

Elektronische communicatie tussen patiënten en zorgverleners is vooral een vervanger van de telefoon: afspraken maken, een herhaalrecept aanvragen en vragen stellen. eHealth-toepassingen als inzage in voorgeschreven medicatie of in labuitslagen worden nauwelijks aangeboden, terwijl bijna de helft van de patiënten de mogelijkheid zou willen hebben om hun dossier via internet in te zien.

5.1 Inleiding

Communicatie tussen patiënt en zorgverlener is een wezenlijk onderdeel van het zorgproces. Communicatie via internet en mobiele middelen, zoals telefoons en tablets, is in opkomst in veel aspecten van het dagelijks leven. Daarmee groeit de vraag of en op welke manier deze middelen worden ingezet in het contact tussen zorggebruikers en zorgverleners. Denk hierbij aan eHealth-toepassingen zoals het online maken van afspraken en het stellen van vragen aan de zorgverlener of online inzage in het dossier van de zorgverlener.
Ook bestaat de mogelijkheid voor zorggebruikers om zelf online informatie bij te houden over de eigen gezondheid, bijvoorbeeld in een zogenaamd persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) en desgewenst deze informatie te delen met zorgverleners (Bierma en Heldoorn, 2013).
Van deze toepassingen wordt verwacht dat ze bijdragen aan de beleidsdoelen zelfmanagement, toegankelijkheid, patiëntveiligheid en doelmatigheid en betaalbaarheid.

Daarnaast zijn er mogelijkheden waarbij zorggebruikers zelf een belangrijke rol spelen in het aanleveren van informatie, zoals telemonitoring. Dit is het op afstand monitoren van een patiënt, die in de thuissituatie zijn eigen gezondheidswaarden meet, waarna de zorgverlener deze waarden digitaal ontvangt.

In de geestelijke gezondheidszorg zijn vormen van online preventie, behandeling en zorg sterk in opkomst (Riper, Smit, Zanden, Conijn, Kramer en Mutsaers, 2007). Ook de care-sector zet al geruime tijd eHealth-toepassingen in voor contact tussen cliënt en zorgverlener, zoals videocommunicatie tussen zorgverlener en cliënt en personenalarmering (Peeters en Francke, 2009).

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van het vragenlijstonderzoek onder een steekproef van zorggebruikers uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg en onder steekproeven van huisartsen, medisch specialisten en psychiaters uit het KNMG-artsenpanel. Hoofdvraag hierbij is de mate van beschikbaarheid en gebruik van internettoepassingen in de communicatie tussen zorggebruikers en zorgverleners. Het eerste deel gaat in op het gebruik van internet en mobiele middelen onder zorggebruikers en zorgverleners. Daarna komen respectievelijk de beschikbaarheid, het gebruik en de ervaren effecten van

[9] Omdat gebruik is gemaakt van steekproeven moet rekening worden gehouden met betrouwbaarheidsmarges (95%) bij verschillende omvang van de (deel-)populaties. Dit houdt in dat de gegeven percentages in de werkelijkheid iets af kunnen wijken. Zie voor meer informatie hoofdstuk 2.

verschillende vormen van contact via internet tussen zorgverleners en zorggebruikers aan bod. Als laatste komt telemonitoring aan de orde.

Per onderdeel bespreken we eerst de resultaten van het onderzoek onder zorggebruikers, gevolgd door de resultaten van het onderzoek onder huisartsen, medisch specialisten en psychiaters. De tabellenbijlage bij de eHealth-monitor geeft de bij dit hoofdstuk behorende tabellen weer.

5.2 Internetgebruik door zorggebruikers en zorgverleners

Toegang tot internet is een eerste voorwaarde voor het gebruik van internet in de communicatie tussen zorggebruikers en zorgverleners. Daarnaast is van belang hoe makkelijk zij het gebruik van internet vinden en met welke apparaten ze toegang tot internet kunnen krijgen.

5.2.1 Internetgebruik door zorggebruikers

Hoofdstuk 4 maakt duidelijk dat vrijwel alle Nederlanders (94%) toegang hebben tot internet en dat ruim twee derde (71%) het gebruik hiervan ook gemakkelijk of zeer gemakkelijk vindt. Ook zagen we dat het gebruik van internet via mobiele apparaten aanzienlijk is, 46% gebruikt internet via een telefoon en 36% via een tablet.

5.2.2 Internetgebruik door zorgverleners

Ook onder zorgverleners is het gebruik van internet ingeburgerd en is het gebruik van mobiele apparaten substantieel. Alle huisartsen hebben toegang tot internet in hun dagelijks werk, ze kunnen hiervoor gebruik maken van meerdere apparaten. Huisartsen hebben in elk geval toegang tot internet via een computer of laptop, de helft (54%) heeft ook toegang via een telefoon en iets minder dan een derde (28%) via een tablet.

Negen op de tien huisartsen (89%) heeft tijdens zijn dagelijkse werk ook toegang tot een beveiligd, extern netwerk (anders dan het internet). Het merendeel maakt hiervan gebruik via een computer of laptop (88%), een op de tien (9%) heeft toegang via een telefoon en 14% via een tablet. Negen van de tien huisartsen (89%) gebruikt regelmatig of altijd internet om tijdens een consult iets op te zoeken of na te kijken. Ruim twee derde (71%) gebruikt regelmatig of altijd een computer of tablet om tijdens een consult aan een patiënt informatie te laten zien. De helft (46%) gebruikt regelmatig of altijd een beveiligd, extern netwerk om tijdens een consult iets op te zoeken of na te kijken.

Alle medisch specialisten hebben toegang tot internet in hun dagelijks werk, iets meer dan de helft (51%) gebruikt hierbij twee of meer apparaten. In bijna alle gevallen gaat dit om een computer of laptop, ongeveer twee van de vijf (38%) heeft ook via een telefoon toegang tot internet en een derde (33%) ook via een tablet. Van de medisch specialisten heeft 84% ook toegang tot een beveiligd, extern netwerk (anders dan het internet) tijdens het werk. Acht op de tien (81%) heeft dit via een computer of laptop, 14% via een telefoon en een vijfde (20%) via een tablet. Acht op de tien (78%) medisch specialisten gebruikt internet tijdens een consult met een patiënt om iets op te zoeken of na te kijken. De helft (53%) gebruikt een computer of tablet om informatie te laten zien aan een patiënt tijdens een consult. Ongeveer twee vijfde (41%) maakt tijdens een consult gebruik van een beveiligd, extern netwerk om iets op te zoeken of na te kijken.
Ook alle psychiaters hebben tijdens hun dagelijks werk toegang tot internet, iets minder dan de helft (46%) gebruikt hierbij twee of meer apparaten. In bijna alle gevallen (99%) gebruiken ze een computer of laptop, 45% heeft toegang via een telefoon en 30% via een tablet. Acht op de tien (81%) heeft tijdens het dagelijks werk ook

toegang tot een beveiligd, extern netwerk (anders dan het internet), 78% gebruikt dit via een computer of laptop, en een vijfde via een telefoon of tablet (beiden 17%). Van de psychiaters gebruikt 41% tijdens een consult een computer of tablet om informatie te laten zien aan een cliënt. Acht op de tien (81%) gebruikt internet tijdens een consult om iets op te zoeken of na te kijken en een derde (35%) maakt tijdens een consult ook gebruik van een beveiligd, extern netwerk.

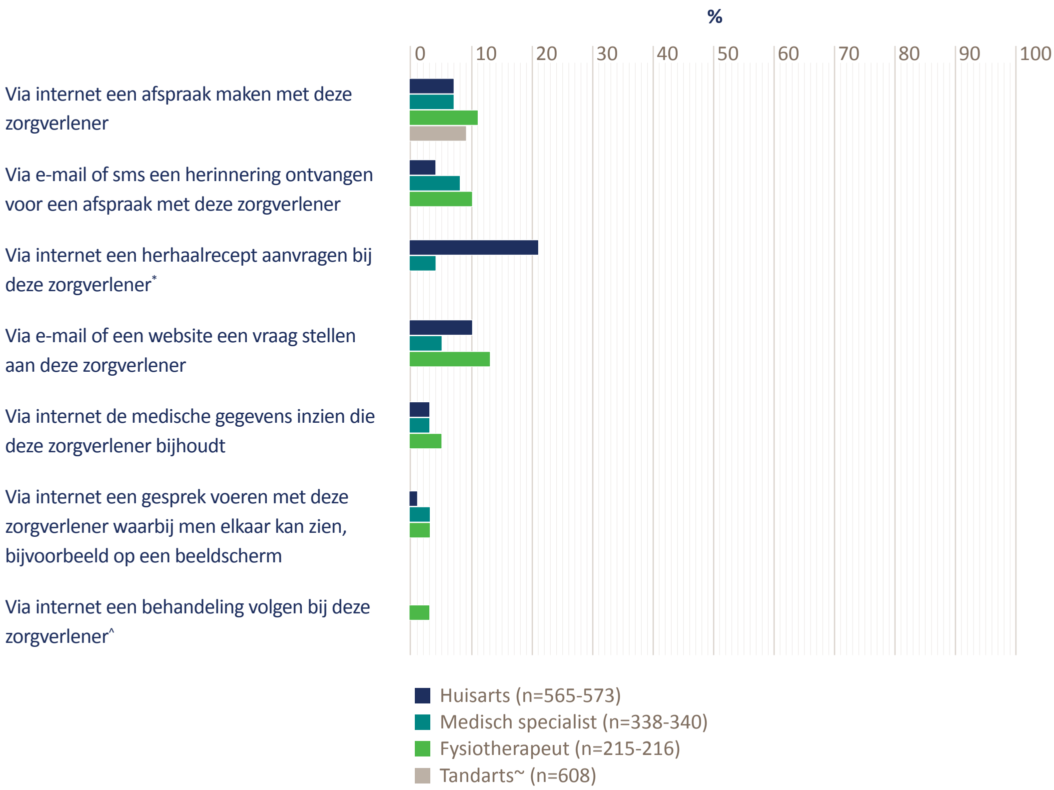
5.3 Beschikbaarheid online contactmogelijkheden met zorgverleners

Een volgende noodzakelijke voorwaarde voor het gebruik van eHealth-toepassingen voor contact tussen zorggebruiker en zorgverlener is de beschikbaarheid hiervan. Hierbij is het zowel van belang om te kijken naar de mogelijkheden die zorgverleners aanbieden aan hun patiënten als naar de bekendheid hiervan onder zorggebruikers.

5.3.1 Bekendheid online contactmogelijkheden onder zorggebruikers

Voor de voorgelegde mogelijkheden om via internet contact te hebben met een zorgverlener weet circa de helft van de mensen die afgelopen jaar contact hadden met de huisarts (48-59%) of met een psycholoog of psychotherapeut (51-62%), niet of dit met deze zorgverlener mogelijk is (figuur 5-1). Van de mensen die afgelopen jaar contact hadden met de fysiotherapeut of de medisch specialist, is respectievelijk twee derde (63-69%) en drie kwart (70-76%) onbekend met de diverse mogelijkheden.

Figuur 5-1
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat de mogelijkheid had om met een zorgverlener online contact te hebben, van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met die zorgverlener (n=215-608).



* alleen gevraagd over contact met de huisarts en de medisch specialist
^ alleen gevraagd over contact met de fysiotherapeut
~ met betrekking tot contact met de tandarts is uitsluitend gevraagd naar het maken van een afspraak via internet

Figuur 5-1 laat zien dat een beperkt deel van de zorggebruikers weet dat het mogelijk is om via internet contact te hebben met zorgverleners. Wel geeft 21% aan dat het mogelijk is om bij de eigen huisarts een herhaalrecept aan te vragen via internet (zie ook tabel 5-2 t/m 5-6 in de tabellenbijlage).

5.3.2 Online contactmogelijkheden bij zorgverleners

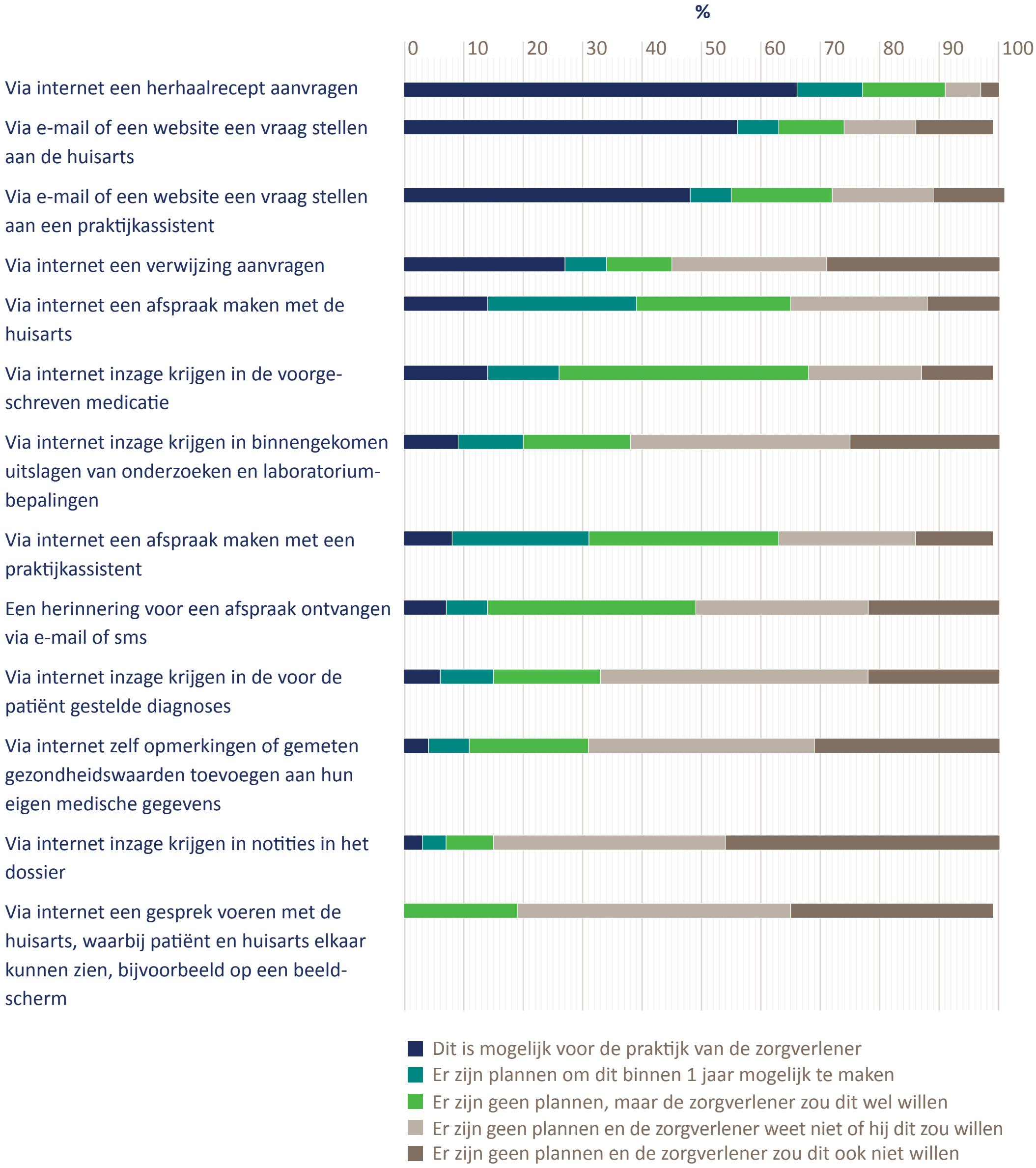
Voorgaande paragraaf laat zien dat veel zorggebruikers onbekend zijn met de mogelijkheden van contact via internet met zorgverleners. Dit hoeft niet te betekenen dat er momenteel bij zorgverleners niet veel mogelijk is op dit gebied. Om inzicht te krijgen in de beschikbaarheid van manieren om contact te leggen is er aan zorgverleners gevraagd welke mogelijkheden er zijn in hun werkomgeving (praktijk, afdeling of instelling). Deze paragraaf gaat achtereenvolgens in op de mogelijkheden die er zijn bij huisartsen, medisch specialisten en psychiaters. De paragraaf bespreekt ook de manieren waarop patiënten worden geattendeerd op mogelijkheden voor contact via internet.

Online contactmogelijkheden bij huisartsen

Bij negen van de tien (91%) huisartsen is het voor patiënten mogelijk om op een of meerdere manieren via internet contact te hebben met de huisarts of met de praktijk.
Figuur 5-2 toont verschillende manieren voor contact met patiënten via internet. Hierbij is aan huisartsen gevraagd of dit voor hun (praktijk) mogelijk is, of er plannen zijn om dit binnen een jaar mogelijk te maken en of de huisarts dit zou willen, ook als er geen plannen zijn. Het aanvragen van een herhaalrecept, het stellen van een vraag aan de huisarts en het stellen van een vraag aan de praktijkassistent is bij bijna de helft tot twee derde van de huisartsen mogelijk (48-66%).
Circa een derde van de huisartsen biedt de mogelijkheid om een een verwijzing aan te vragen (27%). Opvallend is dat circa een kwart (23-25%) van de huisartsen aangeeft dat er plannen zijn om online afspraken met de huisarts of de praktijkassistent mogelijk te maken. Online inzage van verschillende medische gegevens is bij een klein deel van de huisartsen mogelijk voor hun patiënten (3-14%). De meeste huisartsen geven aan dit niet te willen of niet te weten of men dit wil, met uitzondering van inzage in de voorgeschreven medicatie (zie ook tabel 5-7 in de tabellenbijlage).

Van de huisartsen attendeert 6% zijn patiënten niet op de bestaande mogelijkheden voor contact via internet. Drie kwart van de huisartsen (74%) attendeert patiënten via de website op de mogelijkheden en 60% gebruikt hiervoor een patiëntenfolder. Iets minder dan de helft (47%) attendeert patiënten hierop tijdens een persoonlijk consult en een vijfde (21%) gebruikt hiervoor een informatiescherm in de praktijk. Van de huisartsen geeft 94% aan dat de praktijk een eigen website heeft (zie ook tabel 5-18 in de tabellenbijlage).

Figuur 5-2
Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft of manieren waarop patiënten contact kunnen hebben met henzelf of hun praktijk mogelijk zijn (n=226-235).



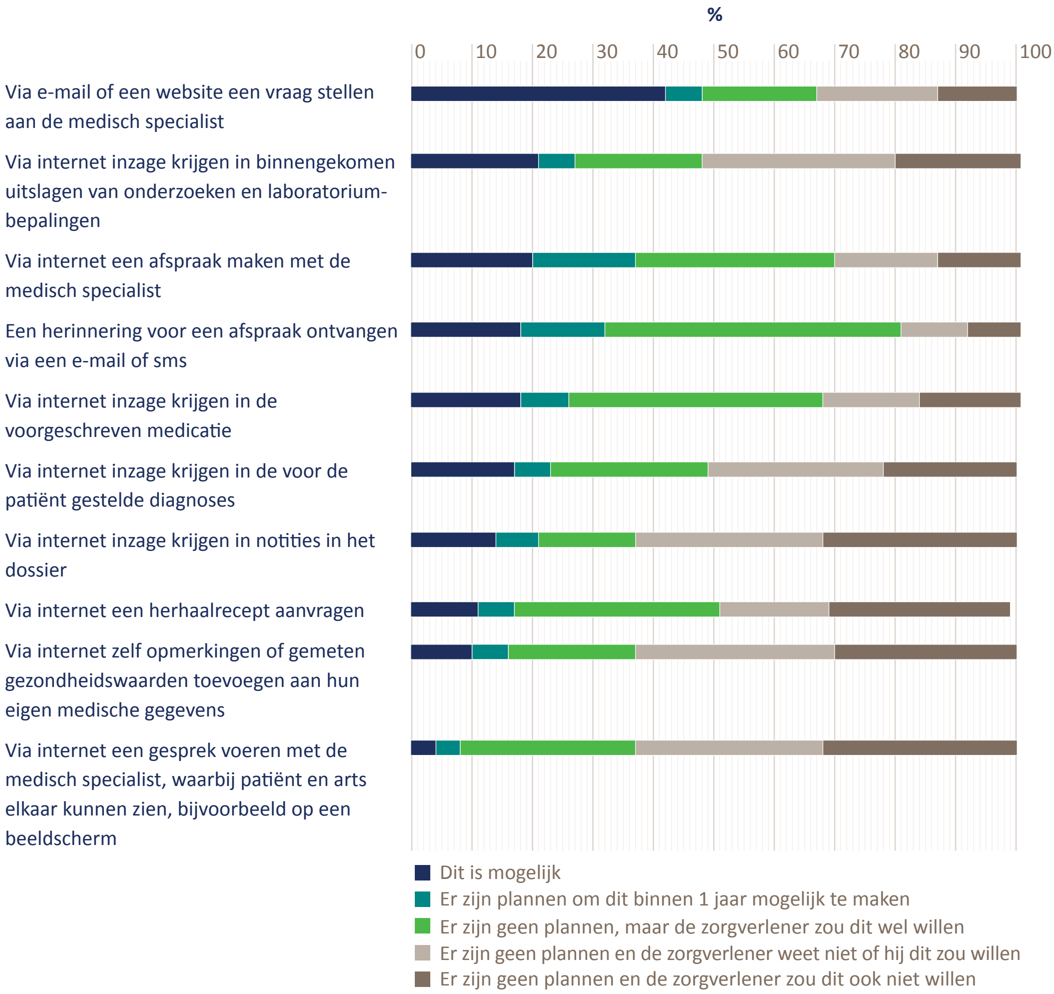
Online contactmogelijkheden bij medisch specialisten

Bij 82% van de medisch specialisten kunnen patiënten via internet contact hebben met de specialist of afdeling.

Figuur 5-3 toont van de verschillende gevraagde mogelijkheden of dit beschikbaar is, of er plannen zijn om dit binnen een jaar mogelijk te maken en of de medisch specialist dit zou willen, ook als er geen plannen zijn. Hieruit blijkt dat de mogelijkheid tot het stellen van een vraag aan de medisch specialist het meest aangeboden wordt (42%). Bij een vijfde van de medisch specialisten is het maken van een online afspraak (20%) of het versturen van een herinnering aan de patiënt voor een afspraak via e-mail of sms (18%) mogelijk. Het inzien van de eigen medische gegevens via internet is voor patiënten mogelijk bij een op de tien tot een vijfde (10-21%) van de medisch specialisten (zie tabel 5-8 in de tabellenbijlage).

Van de medisch specialisten attendeert 28% zijn patiënten niet op bestaande mogelijkheden om via internet contact te hebben. Een derde van de medisch specialisten attendeert patiënten op de mogelijkheden hiervoor via de website (32%) van de afdeling of persoonlijk tijdens een consult (30%). Patiënten worden door 24% van de specialisten geattendeerd via de patiëntenfolder (zie ook tabel 5-18 in de tabellenbijlage).

Figuur 5-3
Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten dat aangeeft of manieren waarop patiënten contact kunnen hebben met henzelf of hun afdeling mogelijk zijn (n=266).



Online contactmogelijkheden bij psychiaters

Van de psychiaters (n=72[10]) geeft 87% aan dat contact via internet met zichzelf, de instelling of praktijk voor patiënten mogelijk is.

Een vijfde van de psychiaters (17%) biedt de mogelijkheid voor het online maken van een afspraak. Het ontvangen van een herinnering voor een afspraak via e-mail of sms is mogelijk bij 40% van de psychiaters. Een substantiële groep heeft geen concrete plannen, maar zou verschillende onlinecontactmogelijkheden wel willen bieden, zoals patiënten inzage geven in de voorgeschreven medicatie (47%) of een herinnering voor een afspraak laten ontvangen (29%). Slechts een klein deel heeft het komende jaar plannen om dit mogelijk te maken, varierend van 7% die komend jaar het stellen van vragen via e-mail of website mogelijk wil maken tot 18% die volgend jaar het volgen van een gedeeltelijke online behandeling mogelijk wil maken. Een vijfde van de psychiaters geeft aan dat een behandeling voor patiënten geheel (19%) of gedeeltelijk (21%) via internet mogelijk is (zie tabel 5-9 in de tabellenbijlage).

Iets meer dan de helft van de psychiaters (54%) attendeert patiënten persoonlijk op de mogelijkheden voor contact via internet tijdens een consult, iets minder dan een derde (27%) doet dit via de website en een vijfde (18%) via een patiëntenfolder (zie ook tabel 5-18 in de tabellenbijlage).

5.4 Gebruik van online contactmogelijkheden met zorgverleners

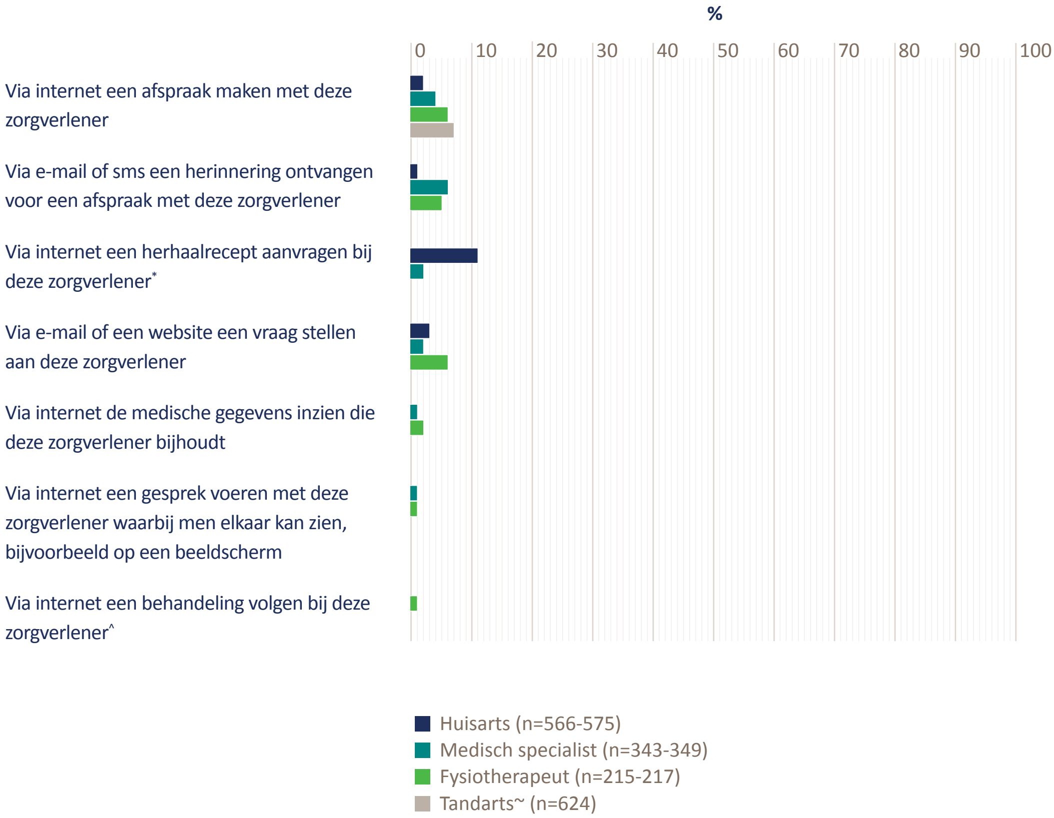
Deze paragraaf gaat, vanuit het perspectief van respectievelijk zorggebruikers, huisartsen, medisch specialisten en psychiaters, in op het gebruik van verschillende manieren om via internet contact te hebben in het afgelopen jaar (mei 2012 tot mei 2013).

5.4.1 Gebruik van online contactmogelijkheden door zorggebruikers

Figuur 5-4 maakt duidelijk dat het gebruik van online contactmogelijkheden in het afgelopen jaar (mei 2012 tot mei 2013), met enkele uitzonderingen, niet veel voorkwam onder zorggebruikers. Minder dan 10% maakte het afgelopen jaar gebruik van het online maken van afspraken met zorgverleners, het inzien van medische gegevens, het voeren van een gesprek met beeldcontact met een zorgverlener of het volgen van een online behandeling. Het aanvragen van een herhaalrecept bij de huisarts kwam in het afgelopen jaar het meest voor (11%).

[10] Door de lage respons en lage aantallen bij de groep psychiaters is het niet goed mogelijk om betrouwbare uitspraken te doen over deze groep. Besloten is om alleen percentages weer te geven voor de groep psychiaters als geheel en om deze groep niet op te nemen in grafieken.

Figuur 5-4
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat gebruik maakte van mogelijkheden om met een zorgverlener online contact te hebben, van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met die zorgverlener (n=215-624).

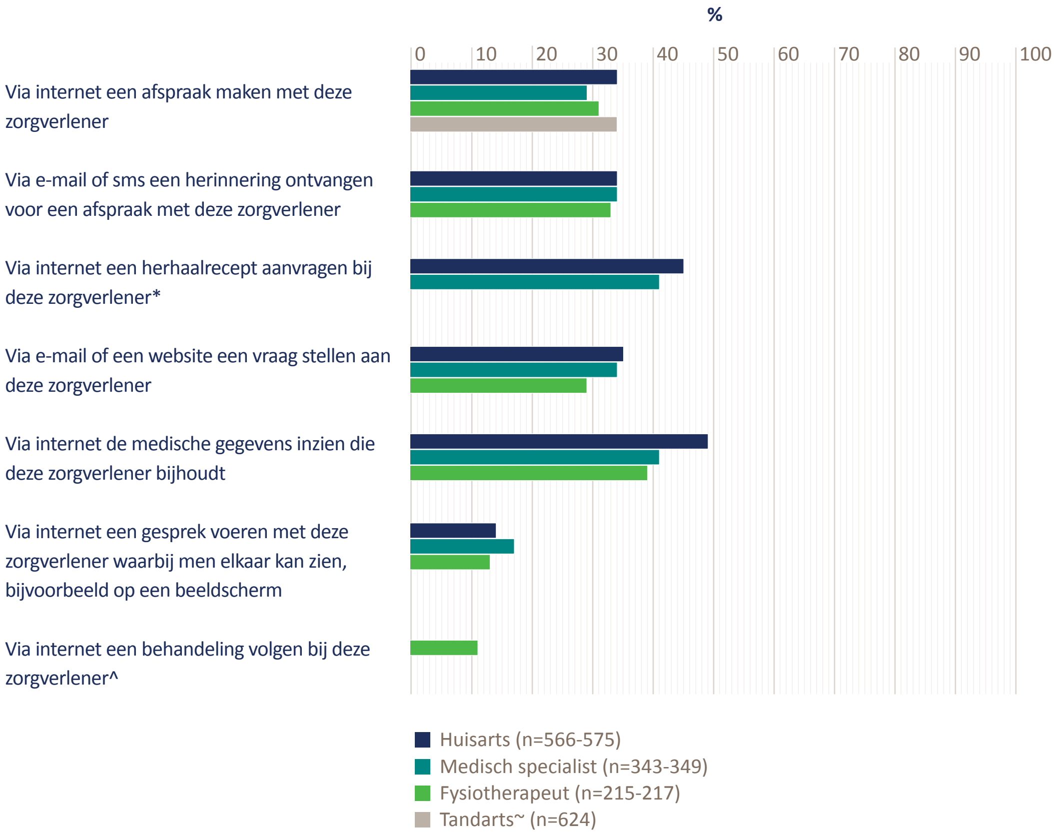


* alleen gevraagd over contact met de huisarts en de medisch specialist
^ alleen gevraagd over contact met de fysiotherapeut
~ met betrekking tot contact met de tandarts is uitsluitend gevraagd naar het maken van een afspraak via internet

Figuur 5-5 laat het percentage zorggebruikers zien dat aangaf in het afgelopen jaar geen gebruik te hebben gemaakt van verschillende manieren van contact met een zorgverlener via internet, maar dat zij dit wel zouden willen gebruiken. Opvallend is hierbij dat een substantiële groep aangeeft de verschillende toepassingen wel te willen gebruiken. Zo valt op dat twee vijfde (39%) tot de helft (49%) van de zorggebruikers gebruik zou willen maken van de mogelijkheid om online de eigen medische gegeven in te zien bij de verschillende zorgverleners. Voor huisartsen en medisch specialisten geeft circa twee vijfde (respectievelijk 45% en 41%) aan gebruik te willen maken van het aanvragen van een herhaalrecept via internet. Tegelijkertijd is er ook een relatief grote groep die aangeeft geen gebruik te willen maken van bepaalde toepassingen. Van het voeren van een beeldgesprek wil circa de helft geen gebruik maken voor contact met de huisarts (56%), medisch specialist (50%) of fysiotherapeut (53%) (zie tabel 5-10 tot en met 5-14 in de tabellenbijlage).

Figuur 5-5
Zorggebruikers - Percentage zorggebruikers dat in de toekomst gebruik zou willen maken van mogelijkheden om met een zorgverlener online contact te hebben, van de zorggebruikers die in het afgelopen jaar contact hadden met die zorgverlener (n=225-624).

* alleen gevraagd over contact met de huisarts en de medisch specialist
^ alleen gevraagd over contact met de fysiotherapeut
~ met betrekking tot contact met de tandarts is uitsluitend gevraagd naar het maken van een afspraak via internet



5.4.2 Gebruik van online contactmogelijkheden bij artsen

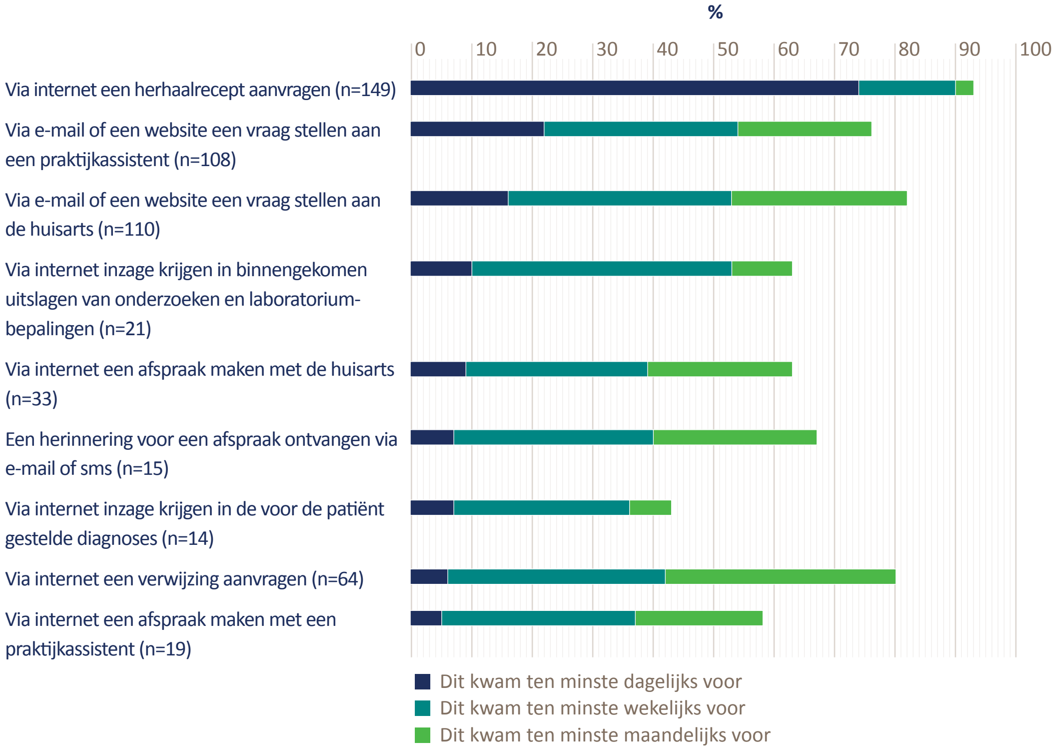
Om meer te kunnen zeggen over het daadwerkelijk gebruik presenteert deze paragraaf de resultaten over de frequentie van gebruik in het afgelopen jaar. Het gaat hier om het gebruik door patiënten van de verschillende aangeboden online contactmogelijkheden in de praktijk of instelling van huisartsen, medisch specialisten en psychiaters.

Het aantal respondenten verschilt per toepassing, omdat alleen is gevraagd naar de gebruiksfrequentie als een zorgverlener de betreffende toepassing aanbood. Alleen toepassingen die door meer dan tien artsen werden aangeboden, zijn opgenomen in de resultaten.

Gebruik van online contactmogelijkheden bij huisartsen

Een aantal manieren van contact via internet kwam het afgelopen jaar met enige regelmaat voor bij huisartsen waar dit mogelijk was (figuur 5-6). Het aanvragen van herhaalrecepten komt bij drie kwart (74%) van deze groep dagelijks voor en een vijfde (22%) geeft aan dat het stellen van vragen aan de praktijkassistent via internet dagelijks voorkomt. De overige vormen van contact via internet komen overwegend wekelijks of maandelijks voor (zie ook tabel 5-15 in de tabellenbijlage).

Figuur 5-6
Huisartsen - Percentage huisartsen dat aangeeft hoe vaak het in het afgelopen jaar in de praktijk voorkwam dat de volgende manieren voor patiënten om contact te hebben met henzelf of de praktijk zijn gebruikt, van de huisartsen waarbij dit mogelijk was (n=10-149).



Gebruik van online contactmogelijkheden bij medisch specialisten

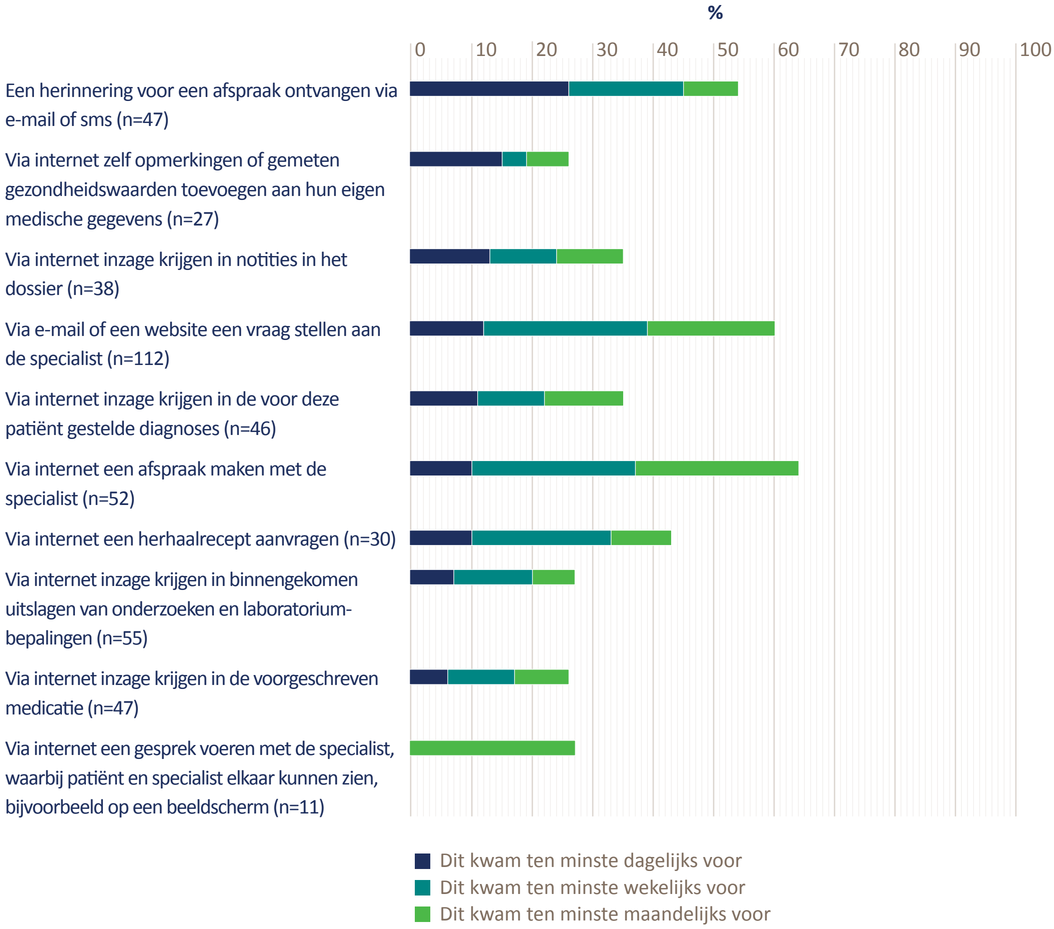
Figuur 5-7 geeft weer met welke frequentie verschillende manieren van contact door patiënten worden gebruikt bij medisch specialisten. Bij een kwart (26%) van de medisch specialisten bij wie dit mogelijk is, kwam het in het afgelopen jaar dagelijks voor dat patiënten een herinnering voor een afspraak ontvingen via e-mail of sms. Voor circa zes op de tien medisch specialisten bij wie dit mogelijk was kwam het ten minste maandelijks voor dat patiënten een vraag stelden aan de medisch specialist (60%) of een afspraak maakten met de medisch specialist via internet (64%) (zie tabel 5-16 in de tabellenbijlage).

Gebruik van online contactmogelijkheden bij psychiaters

Wanneer psychiaters een online contactmogelijkheid aanbieden in de praktijk of op de afdeling, is er gevraagd naar de mate waarin deze in het afgelopen jaar is gebruikt door patiënten. Het meest kwamen het ontvangen van een herinnering voor een afspraak via e-mail of sms (45%) en het aanvragen van herhaalrecepten via internet (27%) voor (zie ook tabel 5-17 in de tabellenbijlage)[11].

[11] Door de lage respons en lage aantallen bij de groep psychiaters is het niet goed mogelijk om betrouwbare uitspraken te doen over deze groep. Besloten is om alleen percentages weer te geven voor de groep psychiaters als geheel en om deze groep niet op te nemen in grafieken.

Figuur 5-7
Medisch specialisten - Percentage medisch specialisten dat aangeeft hoe vaak het in het afgelopen jaar in de praktijk voorkwam dat de volgende manieren voor patiënten om contact te hebben met henzelf of de afdeling zijn gebruikt, van de medisch specialisten waarbij dit mogelijk was (n=11-112).



5.5 Belemmeringen en positieve effecten bij online contactmogelijkheden

Om te kijken naar factoren die mogelijk een belemmerende rol spelen bij de toepassing van online contact, is aan huisartsen, medisch specialisten en psychiaters gevraagd naar de door hen ervaren belemmeringen. Ook is gevraagd naar de door hen ervaren positieve effecten. Deze paragraaf beschrijft telkens de vijf meest genoemde belemmeringen en positieve effecten. Voor een complete weergave verwijzen wij naar tabel 5-19 t/m tabel 5-22 in de tabellenbijlage.

5.5.1 Ervaringen van huisartsen

Van de huisartsen ervaart 59% belemmeringen bij het toepassen van online contact met patiënten. Onduidelijke wet- en regelgeving en een gebrek aan financiële vergoeding voor de tijd die erin gaat zitten worden hierbij het meest genoemd (beiden 49%). Een vrees voor toename van de zorgvraag van patiënten is

een belemmerende factor voor 44% van de huisartsen. Iets minder dan twee vijfde van de huisartsen ervaart ook als belemmering tijdgebrek om zich hierin te verdiepen (37%) en vrees voor hoge verwachtingen van patiënten (36%).

Van de huisartsen ervaart 48% positieve effecten door het toepassen van online contact met patiënten. Het meest werd hierbij genoemd dat patiënten dit prettig vinden (81%), dat het de toegankelijkheid van de praktijk verbetert (68%) en dat het laat zien dat de praktijk met de tijd meegaat (60%). Ook noemt circa de helft het verbeteren van de efficiency van de zorgverlening (51%) en dat het drempelverlagend werkt om contact op te nemen met de praktijk (46%). Huisartsen geven beduidend minder vaak aan dat de inzet van online contact met patiënten leidt tot kostenbesparingen (16%).

5.5.2 Ervaringen van medisch specialisten

De helft van de medisch specialisten (48%) ervaart belemmeringen bij het toepassen van online contact met patiënten. Het meest werd hierbij genoemd: een gebrek aan financiële vergoeding van de tijd die hierin gaat zitten (56%), onduidelijkheid over de wet- en regelgeving (54%), het gebrek aan voldoende beveiligde systemen en onduidelijkheid over een goede manier om het systeem in te richten (beide 42%). Ook speelt de vrees voor een toename in de zorgvraag van patiënten (37%).

Iets minder dan een derde van de medisch specialisten (32%) zegt positieve effecten te ervaren door het toepassen van online contact met patiënten. Zij benoemen het meest dat patiënten het prettig vinden (84%), dat het drempelverlagend werkt om contact op te nemen met de afdeling (70%) en dat de toegankelijkheid van de afdeling hierdoor verbetert (69%). Verder noemen ze dat het laat zien dat de afdeling met de tijd meegaat en dat het de continuïteit van de zorgverlening verbetert (41%). Medisch specialisten geven minder vaak aan dat de inzet van online contact met patiënten leidt tot kostenbesparingen (18%).

5.5.3 Ervaringen van psychiaters

Van de psychiaters geeft 45% aan belemmeringen te ervaren bij het toepassen van online contact met patiënten. Zij benoemen het meest de onduidelijkheid over wet- en regelgeving (55%), gebrek aan financiële vergoedingen voor de tijd die erin gaat zitten (52%), tijdgebrek om hierin te verdiepen (48%), hoge opstartkosten (45%) en onduidelijkheid over een goede manier om het systeem in te richten (42%).

Van de psychiaters ervaart 59% positieve effecten door het toepassen van contact met patiënten via internet. Hierbij noemen psychiaters die positieve effecten ervaren (n=40) het meest dat patiënten dit prettig vinden (72%), dat het drempelverlagend werkt om contact op te nemen (72%), dat het de efficiency van de zorgverlening verbetert (57 %) en dat het de toegankelijkheid van de praktijk of afdeling verbetert (57%). Ook geven psychiaters aan dat het de kwaliteit van de zorgverlening verbetert en dat patiënten meer invloed ervaren op de eigen zorg (beide 40%).

5.6 Toepassen van telemonitoring door zorgverleners

Telemonitoring is een specifieke vorm van zorgverlening waarbij op afstand monitoring van een patiënt plaatsvindt. Hierbij kan de patiënt in de thuissituatie de eigen gezondheidswaarden meten met een meter,

sensor of ander apparaat, waarna deze waarden digitaal worden ontvangen door de zorgverlener. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om aanvullende vragen digitaal aan de patiënt te stellen.

De huisarts heeft een centrale rol in de zorg voor chronisch zieken in de thuissituatie. Met name bij deze groep ligt een groot potentieel voor het toepassen van telemonitoring. Bij huisartsen is gevraagd naar de toepassing van telemonitoring bij patiënten met diabetes, hartfalen, COPD[12] en astma. Een grote meerderheid van de huisartsen (82%) gaf aan geen van de gevraagde toepassingen van telemonitoring toe te passen, 13% paste één van de gevraagde vormen toe en 5% paste twee of meer vormen van telemonitoring toe. Het meest regelmatig passen huisartsen die toe bij diabetespatiënten (13%). Voor hartfalen en COPD was dit 2% en bij astma werd dit door één huisarts toegepast.

Medisch specialisten werden ook gevraagd naar de toepassing van telemonitoring bij patiënten met diabetes, hartfalen, COPD en astma. Van de medisch specialisten paste 14% telemonitoring toe voor een of meerdere patiëntengroepen. Telemonitoring kwam het meest voor bij diabetespatiënten (6%) en bij hartfalenpatiënten (5%). Telemonitoring werd door 3% van de medisch specialisten toegepast bij COPD-patiënten en door 1% bij astmapatiënten.

Bij psychiaters is gevraagd naar de toepassing van telemonitoring bij de vier groepen van meest voorkomende psychiatrische aandoeningen. Van de psychiaters paste 88% geen enkele manier van telemonitoring toe in de praktijk. Telemonitoring werd door 10% van de psychiaters toegepast bij patiënten met aandachtstekort- of gedragsstoornissen en eveneens door 10% bij patiënten met angststoornissen.
Bij patiënten met een stemmingsstoornis werd door 7% van de psychiaters telemonitoring toegepast, terwijl 4% dit toepaste bij patiënten met een middelenstoornis.

5.7 Professionele ondersteuning aan huis

Een beperkte groep zorggebruikers (n=36) had het afgelopen jaar professionele ondersteuning aan huis. Van deze groep maakten acht mensen het afgelopen jaar gebruik van een persoonlijke alarmknop met een signaal naar een thuiszorgmedewerker en gaven vijf mensen aan dat zij hiervan wel gebruik zouden willen maken. Drie mensen maakten het afgelopen jaar gebruik van een systeem om direct beeldcontact te maken met een thuiszorgmedewerker, vier mensen gaven aan dit te willen gebruiken.

5.8 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk staat de communicatie via internet tussen patiënt en zorgverlener centraal, met name de beschikbaarheid, het gebruik en de ervaren effecten en belemmeringen.

Een belangrijke voorwaarde voor online contact is toegang tot internet. Aan die voorwaarde lijkt zeker te worden voldaan. Duidelijk wordt dat het gebruik van internet en mobiele apparaten behoorlijk is ingeburgerd onder zorggebruikers en artsen. Het merendeel van de zorggebruikers gebruikt internet en vindt dit makkelijk of zeer makkelijk. Internet is voor praktisch alle huisartsen, medisch specialisten en psychiaters beschikbaar tijdens het werk en wordt veelvuldig toegepast tijdens consulten met patiënten.

[12] chronic obstructive pulmonary disease

Hoewel internet veel gebruikt wordt, is het gebruik van de verschillende online contactmogelijkheden op een enkele uitzondering na nog niet vanzelfsprekend. Het aanvragen van een herhaalrecept bij huisartsen komt het meeste voor. Een op de tien mensen die het afgelopen jaar contact hadden met een huisarts vroeg via internet een herhaalrecept aan.

Het gebruik van online contactmogelijkheden kan in de toekomst toenemen, aangezien een substantieel deel van de mensen aangeeft in de toekomst gebruik te willen maken van een aantal mogelijkheden voor online communicatie. Het inzien van de medische gegevens die de zorgverlener bijhoudt en het via internet aanvragen van een herhaalrecept zijn mogelijkheden waar 45% van de zorggebruikers in de toekomst gebruik van wil maken. Dit zal echter niet bij alle artsen mogelijk zijn, omdat vooral medisch specialisten aangeven dat er geen plannen zijn om dit mogelijk te maken.

Het aanvragen van herhaalrecepten via internet is in ongeveer drie kwart van de huisartsenpraktijken mogelijk, of er zijn plannen om dit binnen een jaar mogelijk te maken. Een op de tien huisartsen en psychiaters en een op de vijf medisch specialisten geeft aan dat communicatie met de praktijk of afdeling via internet helemaal niet mogelijk is. Telemonitoring wordt door een beperkte groep artsen in de praktijk toegepast.

Deze resultaten komen overeen met de resultaten van ander onderzoek, waarbij onder huisartsen is gekeken naar de mogelijkheden en het gebruik van het online stellen van een vraag (KPMG Advisory NV, 2011). De resultaten komen ook overeen met een onderzoek (Schoen et al, 2012) onder huisartsen van elf westerse landen waaronder Nederland. Dat onderzoek laat bovendien zien dat Nederland wat betreft de mogelijkheid van het aanvragen van een herhaalrecept en het stellen van vragen via e-mail op de tweede plaats staat. Voor het maken van afspraken via internet komt Nederland met een achtste plaats relatief slecht uit de bus.

Mensen zijn niet altijd op de hoogte van de mogelijkheden voor online contact met een zorgverlener. Circa de helft tot drie kwart van de mensen die afgelopen jaar contact hadden met een zorgverlener, weet niet welke online contactmogelijkheden er zijn met die zorgverlener. Tegelijkertijd geven veel artsen aan dat zij hun patiënten op diverse manieren attendeerden op de mogelijkheden die hun praktijk biedt om via internet contact te hebben met hun praktijk. Een vergelijkbaar beeld komt naar voren uit ander onderzoek onder zorggebruikers (Gijsbers, Vegter en Wallien, 2012). Uit dat onderzoek blijkt dat 7% van de ondervraagden gebruik maakte van de mogelijkheid om een online afspraak te maken met een zorgverlener en 2% online de eigen medische gegevens inkeek. Van de mensen die geen gebruik maakte van de aangegeven mogelijkheden gaf 35% aan niet van het bestaan hiervan te weten. Wel is 68% van de ondervraagden geïnteresseerd in de gegevens die in hun medisch dossier staat bij de zorgverlener.

In de GGZ wordt veel belang gehecht aan eHealth bij zelfmanagement. De resultaten uit deze monitor laten nog niet zien dat eHealth in de GGZ-praktijk ook op grote schaal is doorgevoerd. Zo zegt slechts een vijfde

van de psychiaters dat zij een behandeling via internet aanbieden (zie tabel 5-9 van de tabellenbijlage).
Ook van de beperkte groep zorggebruikers (n=39) in dit onderzoek die het afgelopen jaar hulp hadden van de psycholoog of therapeut, heeft niemand via internet een behandeling gevolgd, terwijl 15 van hen dit wel zouden willen (zie tabel 5-12 in de tabellenbijlage).

In Nederland is de prevalentie van psychische problemen ongeveer 20% (De Graaf, ten Have en van Dorsselaer, 2010). Lang niet iedereen zoekt daar hulp voor, maar voor hen zou een (anonieme) behandeling via internet mogelijk interessant zijn. Eén procent van de zorggebruikers zegt dat ze een anonieme behandeling hebben gevolgd, terwijl 7% zegt dit wel te willen (zie tabel 4-2 in de tabellenbijlage). De bevindingen in deze monitor sluiten aan bij de constatering van GGZ-Nederland dat de implementatie van 'blended' behandelen (waarbij verschillende online modules onderdeel vormen van de behandeling) in de GGZ stagneert (Bremmer en van Es, 2013).

Het valt op dat een kwart van de huisartsen plannen heeft om het komend jaar aan de slag te gaan met afspraken via internet. Bij medisch specialisten is de groep met plannen voor het komende jaar kleiner. Hoewel medisch specialisten aangeven dat er niet altijd plannen zijn, willen zij wel online communicatiemogelijkheden. Zo geeft de helft van de medisch specialisten aan dat zij graag de mogelijkheid willen aanbieden om een herinnering voor een afspraak via e-mail of sms te ontvangen. Medisch specialisten zijn overigens ook minder vaak dan huisartsen op de hoogte van plannen als deze niet op de afdeling zelf beslist worden. De mogelijkheid om via internet inzage te krijgen in notities in het dossier en het voeren van een gesprek via internet zijn zowel onder huisartsen als medisch specialisten het minst populair. Aan het voeren van een gesprek via internet hebben ook de minste zorggebruikers behoefte.

De online mogelijkheden voor contact tussen zorggebruikers en zorgverleners lijken niet altijd te worden benut. Uit het onderzoek blijkt dat ruim de helft van de artsen belemmeringen ervaart. De meest genoemde belemmering is onduidelijkheid over wet- en regelgeving. Kennelijk zijn zorgverleners niet zeker van wat kan en mag als het gaat om contact met patiënten via internet. Ook ervaren zij financiële en technische aspecten als belemmering om contact via internet in de praktijk toe te passen. Met name bij huisartsen en medisch specialisten speelt ook de vrees dat de zorgvraag van patiënten door het toepassen van contact via internet toeneemt.

Naast belemmeringen worden er ook positieve effecten ervaren door het toepassen van online contactmogelijkheden. Veel genoemde effecten zijn dat patiënten het prettig vinden, dat het drempelverlagend werkt en dat de efficiency van de zorgverlening en de toegankelijkheid van de afdeling verbetert.

Van online communicatie tussen zorgverleners en zorggebruikers wordt verwacht dat ze bijdragen aan de beleidsdoelen zelfmanagement, toegankelijkheid, patiëntveiligheid en doelmatigheid en betaalbaarheid. Om deze doelen te bereiken zullen zorggebruikers op de hoogte moeten zijn van de mogelijkheden, moeten zorgverleners toepassingen aanbieden en zullen beiden er gebruik van moeten maken.

Uit dit hoofdstuk komt sterk naar voren dat patiënten nog slecht op de hoogte zijn van de mogelijkheden die zorgverleners bieden voor online communicatie. Patiënten kunnen bijvoorbeeld bij drie kwart van de huisartsen via internet een herhaalrecept aanvragen, terwijl maar een op de vijf patiënten weet dat dit kan. Hoe het komt dat patiënten slecht op de hoogte zijn weten we niet. Is er geen informatie, hebben patiënten geen idee van de potentiële mogelijkheden of zien ze het nut van sommige online toepassingen niet? Praktische bezwaren met het gebruik lijken een minder grote rol te spelen bij het gebruik van technologische toepassingen in de zelfzorg, maar het nut ervan wordt nog minder ervaren door zorggebruiker (Peeters, Wiegers, de Bie en Friele, 2013). Naast de discrepantie tussen het aanbod en de kennis over mogelijkheden voor online communicatie valt op dat online communicatie tussen patiënten en zorgverlener vooralsnog vooral een vervanger is van de telefoon. Het wordt ingezet om afspraken te maken, een herhaalrecept aan te vragen en om vragen te stellen.

Zorgverleners bieden nauwelijks eHealth-toepassingen waarmee zorggebruikers inzage krijgen in hun dossier of in labuitslagen. Bijna de helft van de patiënten geeft aan dat zij wel de mogelijkheid zouden willen hebben om hun dossier via internet in te zien. Artsen zijn juist terughoudend als het gaat om inzage geven in uitslagen van onderzoeken en laboratoriumbepalingen of gestelde diagnoses. Ook hebben zij geen plannen voor het bieden van mogelijkheden waarmee patiënten zelf online informatie kunnen toevoegen aan hun dossier. De meerderheid van de artsen weet niet of zij dit willen of wil dit niet. Wel staan artsen juist positief tegenover online inzage van de patiënt in voorgeschreven medicatie. Hier ligt mogelijk een kans om te komen tot meer zelfmanagement omdat zorggebruikers en zorgverleners elkaar hier lijken te vinden.

Van de huisartsen ervaart bijna de helft positieve effecten door contact te leggen met patiënten via internet. De gerapporteerde effecten hebben vooral betrekking op toegankelijkheid en doelmatigheid. Huisartsen melden bijvoorbeeld dat patiënten dit prettig vinden (81%), dat de praktijk er beter toegankelijk van wordt (68%) en dat online contact met patiënten de efficiency van de zorgverlening verbetert (51%). Van de medisch specialisten zegt iets minder dan een derde (32%) positieve effecten te ervaren van online contact met patiënten. Bij de specialisten liggen de gerapporteerde effecten ook vooral op het punt van toegankelijkheid, maar ook op het punt van de continuïteit van zorg (41%) zegt dat het de continuïteit van de zorg verbetert. Artsen geven beduidend minder vaak aan dat de inzet van online contact met patiënten leidt tot kostenbesparingen.

5.9 Referenties

Bierma, L. en Heldoorn, M. (2013). *Het persoonlijk gezondheidsdossier. De visie van patiëntenfederatie NPCF.* Utrecht: NPCF.

Bremmer F. en van Es M. (2013). *Een analyse van de verwachte kosten en baten van eHealth, blended behandelen en begeleiden.* GGZ-Nederland.

Gijsbers, L., Vegter, F. en Wallien, M. (2012). *Onderzoeksrapportage "van EPD naar PGD". Motivaction research and strategy.* Utrecht: NPCF.

De Graaf R., ten Have M. en van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking.* Utrecht: Trimbos Instituut.

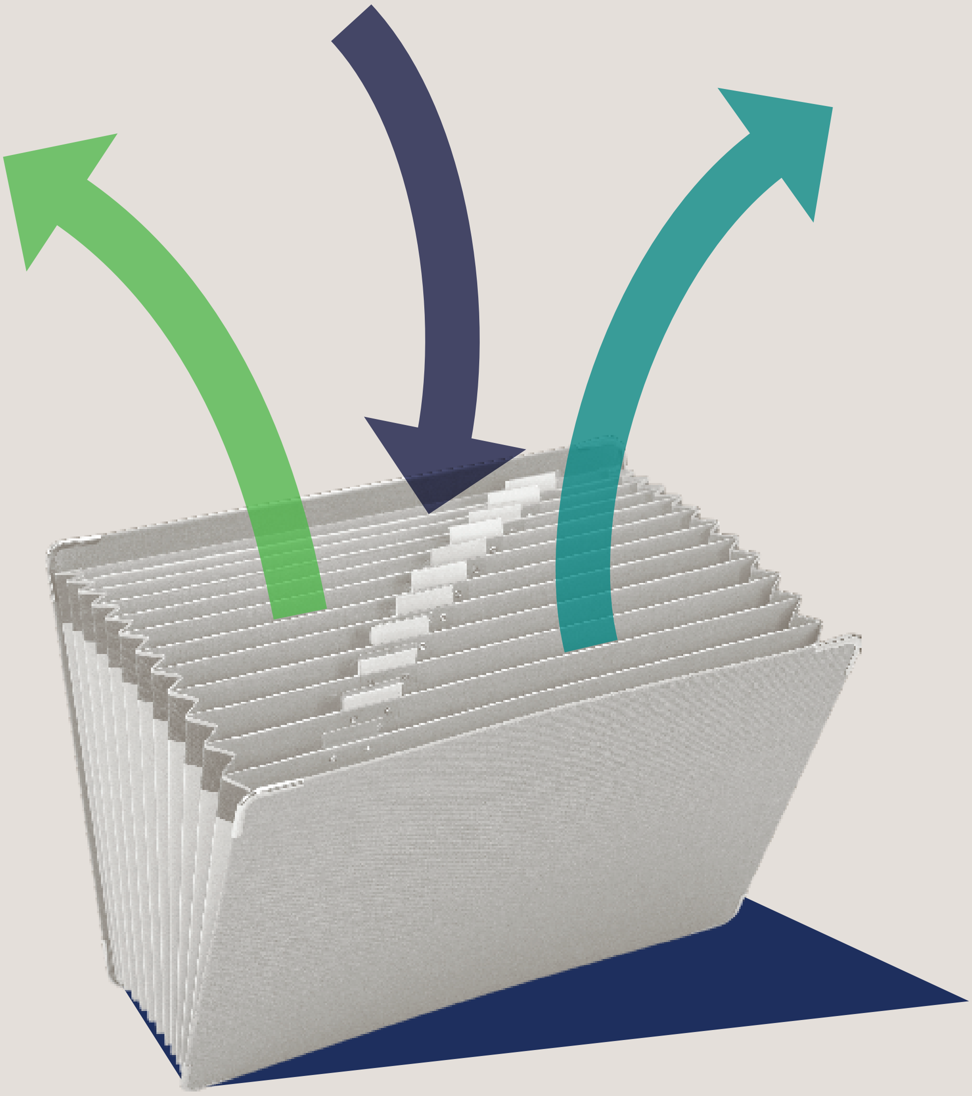
KPMG Advisory NV (2011). *Verkenning e-health, rapportage aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Utrecht: KPMG Advisory NV.

Peeters, J. en Francke, A. (2009). *Monitor Zorg op Afstand.* Utrecht: NIVEL.

Peeters, J., Wiegers, T., de Bie, J., Friele, R. (2013). *Overzichtstudies: Technologie in de zorg thuis, nog een wereld te winnen!* Utrecht: NIVEL

Riper, H., Smit, F., Zanden, van der, R., Conijn, B., Kramer, J., en Mutsaers, K. (2007). *e-Mental Health High Tech, High Touch, High Trust.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Schoen, C., Osborn, R., Quires, D., Doty, M., Rasmussen, P., Pierson, R, et al. (2012). *A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas.* Health Affairs 122802-2816.



6. Elektronische dossiervoering door zorgverleners

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

93% van de huisartsen en 66% van de medisch specialisten houden patiëntendossiers voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. 15% van de medisch specialisten doet dit (vrijwel) altijd op papier[13]. De automatiseringsgraad is dus hoog, maar het feit dat papieren dossiervoering nog relatief vaak voorkomt naast elektronische dossiervoering, brengt risico's met zich mee voor de consistentie van medische dossiers.

Vrijwel alle huisartsen (88-98%) krijgen bij het voorschrijven van medicatie een automatische melding bij allergieën, contra-indicaties of interacties tussen geneesmiddelen. Bij medisch specialisten ligt dit percentage beduidend lager (31-59%), wat mogelijk gevolgen kan hebben voor de medicatieveiligheid.

Een aanzienlijk deel van de artsen (42-48%) wil graag aanvullende mogelijkheden om gegevens elektronisch op te slaan.

6.1 Inleiding

Zorgverleners zijn wettelijk verplicht[14] om een dossier in te richten waarin gegevens over de gezondheid en de behandeling van de patiënt zijn opgenomen. Deze patiëntendossiers kunnen op papier worden bijgehouden, maar inmiddels gebeurt dit veelal in een elektronisch patiëntendossier (EPD).

In Nederland is de automatiseringsgraad hoog, met name onder huisartsen, maar ook in ziekenhuizen (Schoen en Osborn, 2012), (Deloitte en Ipsos België, 2011). Een EPD biedt vaak mogelijkheden om (medicatie-) bewaking en automatische waarschuwingen toe te passen. Daarnaast vormt een EPD, naast een middel voor verslaglegging, ook de basis voor het elektronisch uitwisselen van informatie over de patiënt met andere zorgverleners. Daarmee is het tevens de basis voor continuïteit van de samenwerking. Bovendien heeft het een functie in kwaliteitsbewaking en is het een bron voor wetenschappelijk onderzoek (NHG en LHV, 2010).

Van adequate elektronische dossiervoering wordt verwacht dat het de patiëntveiligheid kan vergroten. Als dossiers niet actueel en compleet zijn of niet de gegevens bevatten die voor een zorgverlener relevant zijn, neemt het risico op fouten toe (IGZ, 2011) (Minister van VWS, juni 2012). Daarbij kan beslissingsondersteuning op basis van de gegevens in het EPD bijdragen aan veiliger zorg en betere uitvoering van het zorgproces, bijvoorbeeld door automatische waarschuwingen bij een allergie van een patiënt of bij interacties tussen geneesmiddelen (LHV en NHG, 2012).

Elektronische dossiervoering kan daarnaast een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Om verbetering van de kwaliteit van zorg mogelijk te maken, is het van belang om de kwaliteit te kunnen meten. Hier zijn betrouwbare gegevens over het zorgproces voor nodig. Uniforme en gestandaardiseerde patiëntendossiers kunnen zorgen voor een goede registratie van het zorgproces, waaruit

[13] Omdat gebruik is gemaakt van steekproeven moet rekening worden gehouden met betrouwbaarheidsmarges (95%) bij verschillende omvang van de (deel-)populaties. Dit houdt in dat de gegeven percentages in de werkelijkheid iets af kunnen wijken. Zie voor meer informatie hoofdstuk 2.

[14] Op basis van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

kwaliteitsinformatie kan worden afgeleid (Hazelzet en Georgieva, 2013) (Kringos et al., 2012).

Tot slot kan elektronische dossiervoering bijdragen aan de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg. Zo kan het efficiënter verzamelen van informatie voor kwaliteitsregistraties en financiële administraties door een betere registratie in het primaire proces met behulp van een EPD tot arbeidsbesparing leiden (Hazelzet en Georgieva, 2013).

Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden en het gebruik van EPD's door huisartsen, medisch specialisten en psychiaters. Hierbij staat de vraag centraal welke mogelijkheden artsen hebben en gebruiken in hun EPD. Dit wordt besproken aan de hand van de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder huisartsen, medisch specialisten en psychiaters (zie hoofdstuk 2.2).

6.2 Elektronische of papieren dossiers

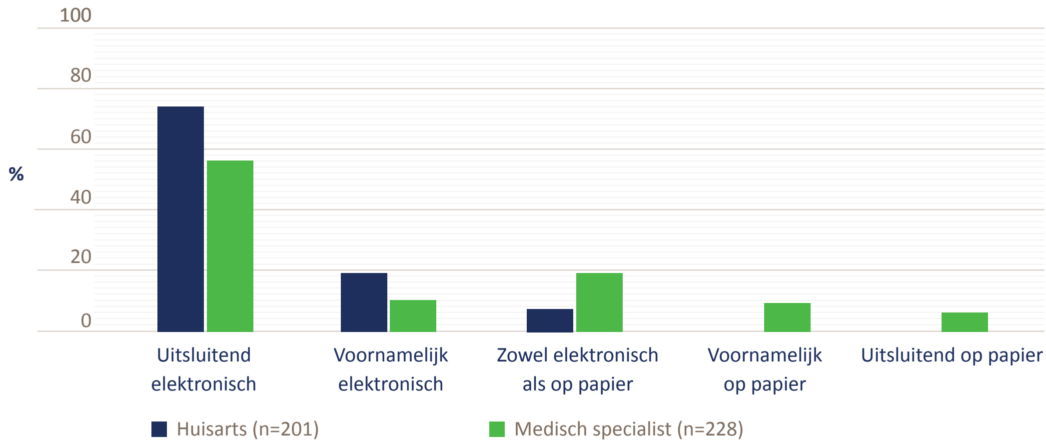
In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag in hoeverre artsen hun patiëntendossier elektronisch of op papier bijhouden.

Figuur 6-1 maakt duidelijk dat negen op de tien huisartsen zijn dossier uitsluitend (74%) of voornamelijk (19%) elektronisch bijhoudt. Ook twee derde van de medisch specialisten houdt zijn dossier uitsluitend (56%) of voornamelijk (10%) elektronisch bij. Bij de groep psychiaters (n=68[15]) houdt ook het merendeel (81%) het dossier uitsluitend of voornamelijk elektronisch bij (zie ook tabel 6-1 in de tabellenbijlage). Van de medisch specialisten houdt 15% het dossier voornamelijk of uitsluitend op papier bij.

6.3 Mogelijkheden en gebruik van EPD's

De vorige paragraaf laat zien dat het merendeel van de dossiers elektronisch is. De rest van dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden en het gebruik van EPD's. Bekend is dat de kwaliteit van het registreren van gegevens in EPD's kan variëren (Verheij, Visscher, Grafhorst en Njoo, 2012). Dit heeft te maken met zowel de mogelijkheden van het systeem, als met het gebruik dat artsen hiervan maken. Deze paragraaf beschrijft de mogelijkheden die artsen hebben om gegevens op te slaan in hun EPD.
Ook komt de vraag aan bod hoe vaak ze gebruik maken van bestaande mogelijkheden. Tot slot bespreken we de

Figuur 6-1
Manier van bijhouden van het patiëntendossier door huisartsen en medisch specialisten.



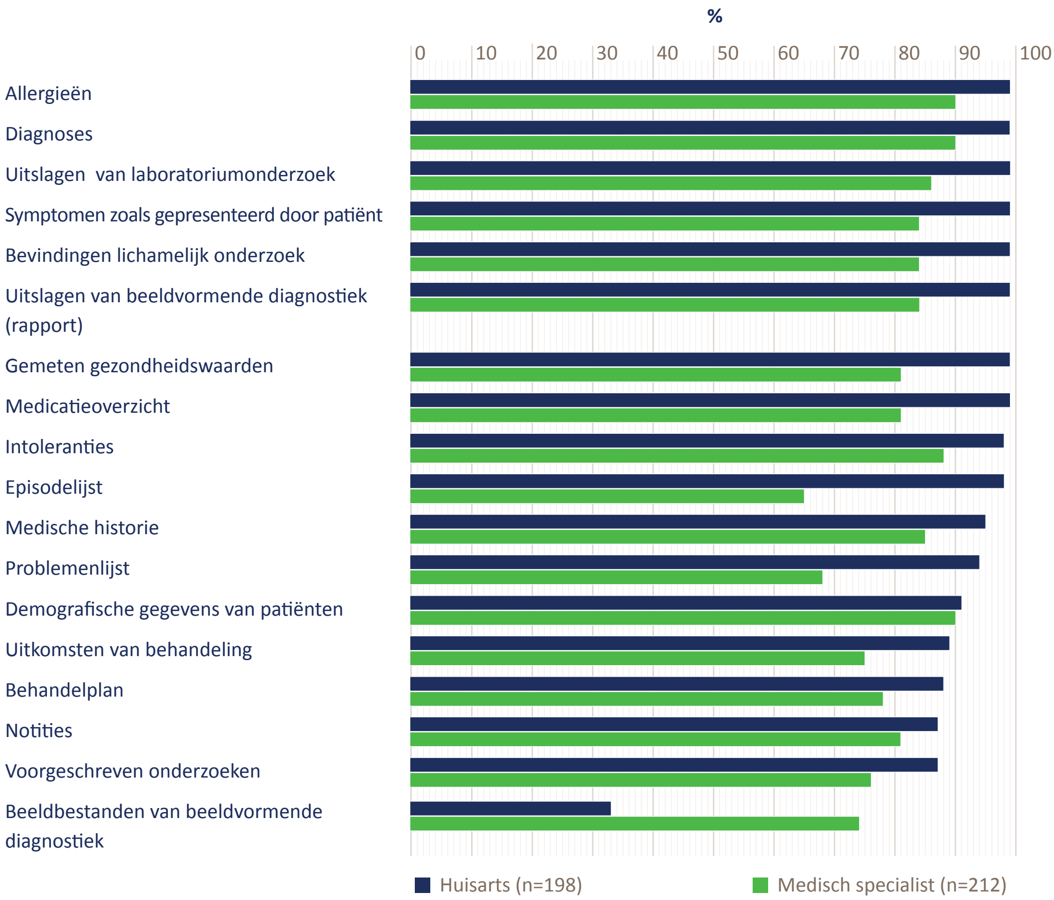
[15] Door de lage respons en lage aantallen bij de groep psychiaters is het niet goed mogelijk om betrouwbare uitspraken te doen over deze groep. Besloten is om alleen percentages weer te geven voor de groep psychiaters als geheel en om deze groep niet op te nemen in grafieken.

wensen van artsen voor uitbreiding van de mogelijkheden in het EPD.

6.3.1 Opslagmogelijkheden in het EPD

Praktisch alle huisartsen kunnen de meeste gegevens over patiënten en patiëntenzorg waarnaar is gevraagd, opslaan in het eigen EPD (87-99%). Ook bij 65% tot 90% van de medisch specialisten is dit het geval (zie figuur 6-2 en tabel 6-2 in de tabellenbijlage). Minder huisartsen kunnen beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek opslaan, voor een derde van de huisartsen (33%) is dit mogelijk. Bij medisch specialisten is dit voor drie kwart van de groep (74%) mogelijk. Vrijwel alle huisartsen hebben de mogelijkheid om met een episodelijst (98%) of probleemlijst (94%) te werken in het EPD. Ongeveer twee derde van de medisch specialisten en psychiaters hebben deze mogelijkheid ook (zie figuur 6-2). Voor de overige gegevens die voor psychiaters relevant zijn, had het merendeel de mogelijkheid om deze op te slaan (82-98%) (zie tabel 6-2 in de tabellenbijlage).

Figuur 6-2
Percentage huisartsen en medisch specialisten dat aangeeft dat het noteren en opslaan van genoemde gegevens mogelijk is in het elektronisch patiëntendossier.

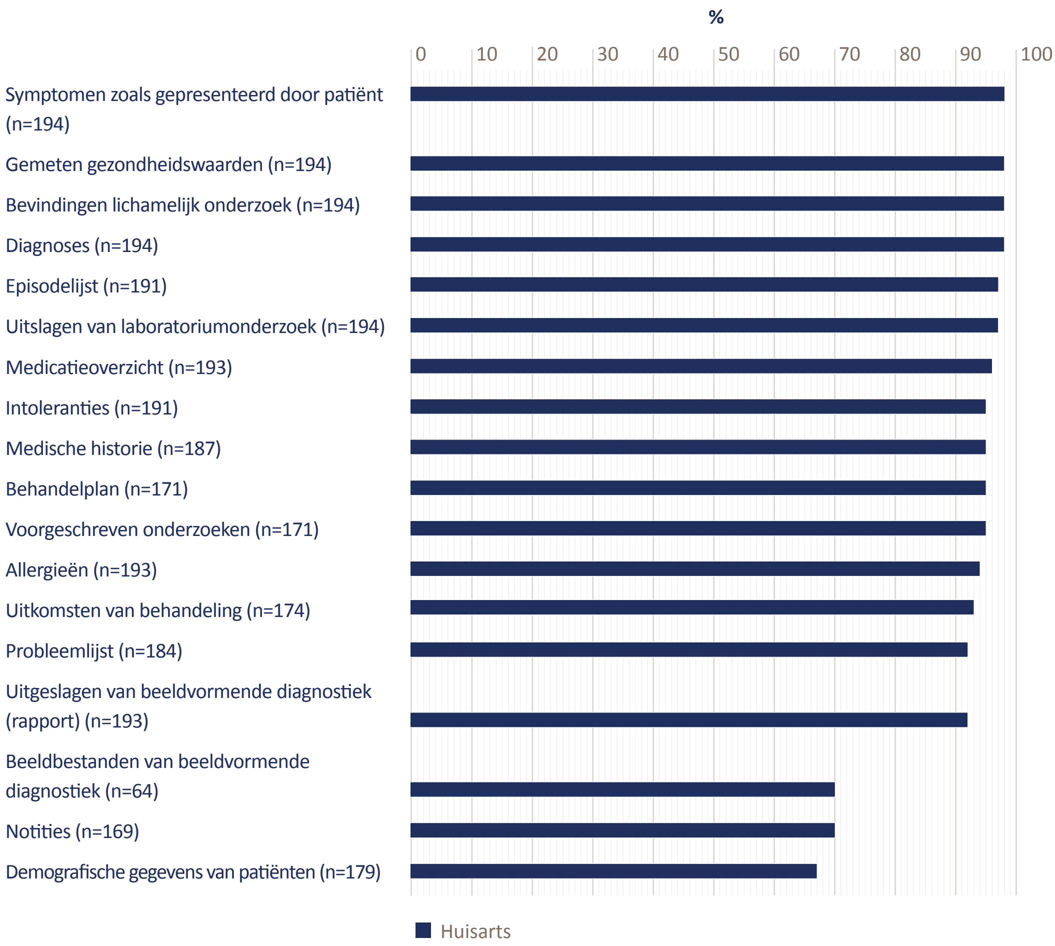


We zien dat er in de praktijk veel mogelijkheden zijn voor de opslag van gegevens over patiënten en de behandeling in het EPD. Hierbij hebben huisartsen iets vaker mogelijkheden om gegevens op te slaan, met uitzondering van beeldbestanden.

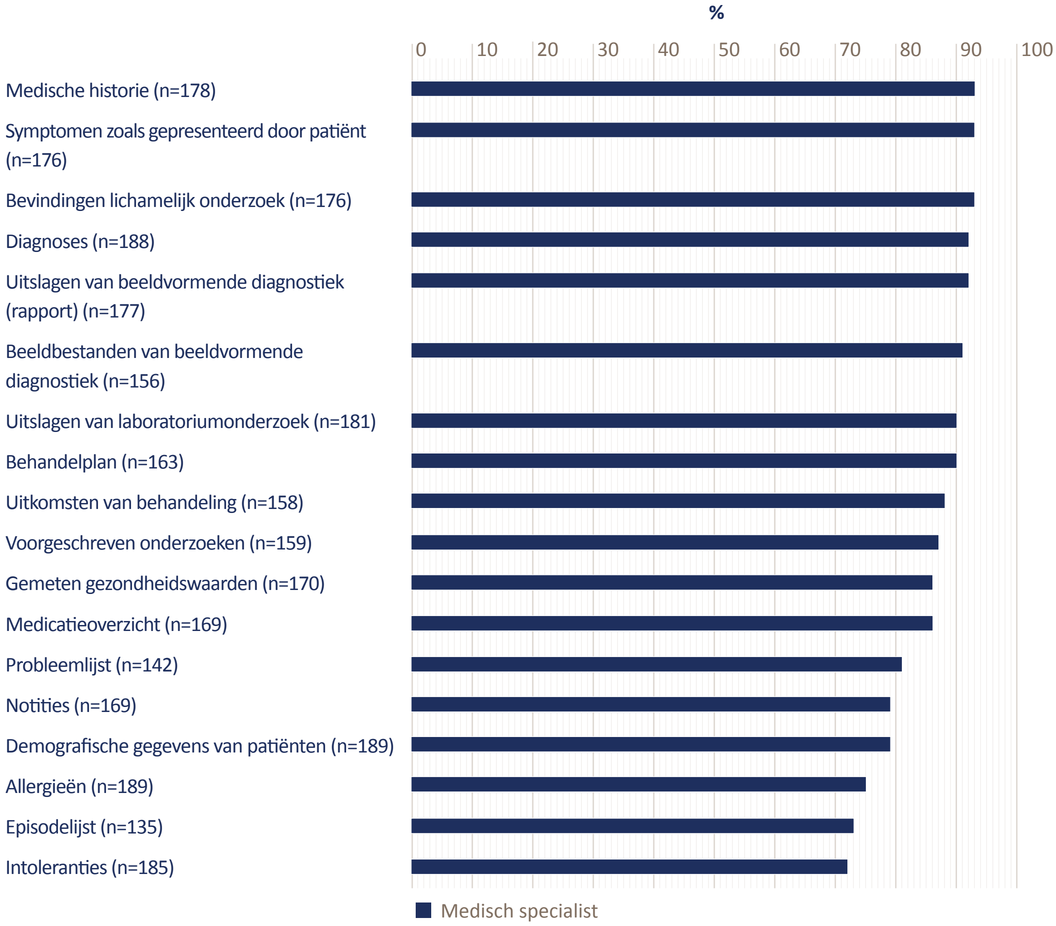
6.3.2 Gebruik van mogelijkheden van EPD's

De vorige paragraaf maakt duidelijk dat de meeste artsen veel mogelijkheden hebben om gegevens te noteren en op te slaan in het EPD. Deze paragraaf gaat in op de frequentie waarmee artsen gebruik maken van de mogelijkheden die zij tot hun beschikking hebben. Vrijwel alle huisartsen die de mogelijkheid hebben om de gevraagde gegevens op te slaan (n=64-194), gebruiken dit regelmatig of altijd (92-98%). Voor demografische gegevens van patiënten, notities en beeldbestanden is dit het geval bij circa twee derde van de huisartsen die deze gegevens op kunnen slaan in het EPD (67-70%) (zie figuur 6-3 en tabel 6-3 in de tabellenbijlage).

Figuur 6-3
Percentage huisartsen dat regelmatig of altijd gebruik maakt van bestaande mogelijkheden om de volgende gegevens op te slaan (n=64-194).



Figuur 6-4
Percentage medisch specialisten dat regelmatig of altijd gebruik maakt van bestaande mogelijkheden om de volgende gegevens op te slaan (n=135-189).



Het merendeel van de medisch specialisten die bepaalde gegevens kunnen noteren en opslaan in het EPD (zie figuur 6-4 en tabel 6-4 in de tabellenbijlage), maakt hiervan regelmatig of altijd gebruik (79-93%). Drie kwart maakt regelmatig of altijd gebruik van mogelijkheden om intoleranties (72%) of allergieën (75%) in het EPD te registreren, of om te werken met een episodelijst (73%)[16].

We zien dat de meeste mogelijkheden die beschikbaar zijn voor huisartsen en medisch specialisten door het merendeel van hen ook regelmatig of altijd worden gebruikt. Huisartsen maken iets vaker dan medisch specialisten gebruik van de bestaande mogelijkheden voor het registreren van gegevens.

6.3.3 Uitbreidingswensen voor het EPD

De vorige paragrafen bespraken de huidige mogelijkheden en het gebruik van het EPD. Hier kijken we naar de vraag of er gegevens zijn die artsen graag willen opslaan terwijl dat momenteel niet mogelijk is.

[16] Dit onderdeel presenteert geen gegevens van psychiaters, omdat de aantallen te klein zijn om hier een betrouwbare uitspraak over te doen. Zie hierover ook hoofdstuk 2.2.

Bijna de helft van de huisartsen zou gegevens die nu niet kunnen worden opgeslagen, wel willen registreren (48%). Het meest genoemd worden de mogelijkheden om beeldbestanden, pdf-bestanden en correspondentie op te slaan. Van de huisartsen heeft 29% geen aanvullende wensen om gegevens op te slaan en 23% weet dit niet. Onder medisch specialisten wil 42% graag de mogelijkheid om bepaalde gegevens op te slaan, terwijl dat nu niet mogelijk is. Hierbij noemen medisch specialisten met name beeldbestanden en correspondentie met verschillende zorgverleners. Van de medisch specialisten heeft 37% geen extra wensen voor de mogelijkheden en 21% weet dit niet.

6.3.4 Medicatiebewaking en geautomatiseerde waarschuwingen

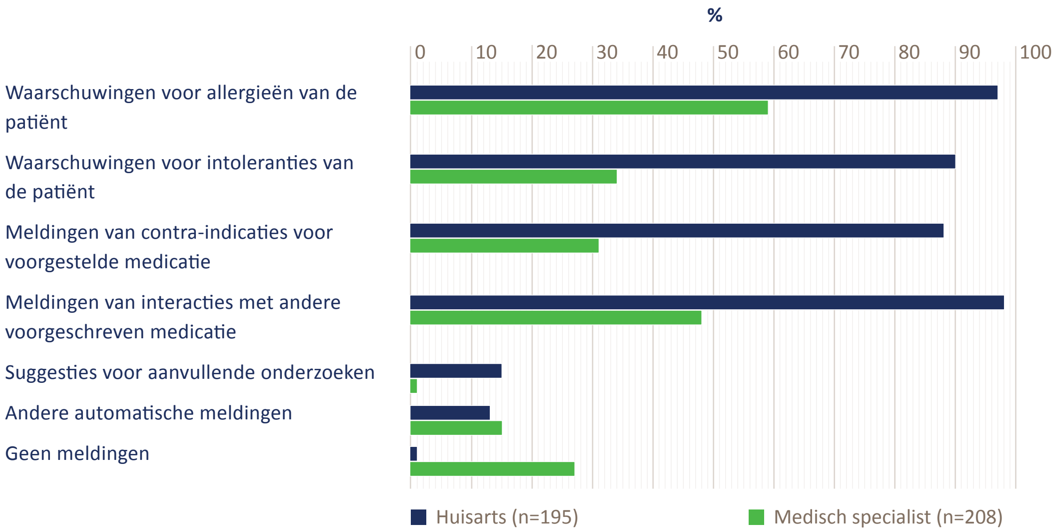
Naast opslagmogelijkheden kan een EPD ook gebruikt worden om automatisch signalen of waarschuwingen te geven in bepaalde situaties, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van nieuwe medicatie. Figuur 6-5 maakt duidelijk dat vrijwel alle huisartsen (88-97%) een automatische melding krijgen in het geval van een allergie, een contra-indicatie of interactie tussen medicijnen. Bij medisch specialisten ligt dit percentage lager (31-59%) (zie ook tabel 6-5 in de tabellenbijlage).

6.4 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk is ingegaan op dossiervoering door zorgverleners en in het bijzonder op de mogelijkheden in het EPD en het gebruik daarvan.

Uit de resultaten blijkt dat artsen meestal de patiënten-dossiers elektronisch bijhouden en niet meer op papier. Negen op de tien huisartsen houdt zijn dossier uitsluitend of voornamelijk elektronisch bij (93%). Van de psychiaters houdt 81% het dossier voornamelijk of uitsluitend elektronisch bij. Voor medisch specialisten is dit 66%. Daarentegen houdt 15% van de medische

Figuur 6-5
Percentage artsen waarbij in het informatiesysteem automatische signalen, waarschuwingen of andere meldingen zijn ingesteld bij het voorschrijven van geneesmiddelen of inzetten van een behandeling.



specialisten zijn dossier voornamelijk of uitsluitend op papier bij. Ondanks dat elektronische dossiervoering behoorlijk is ingeburgerd, komt een combinatie van papieren en elektronische dossiervoering nog relatief vaak voor. Dit levert risico's op voor de patiëntveiligheid. Daarnaast kan het verzamelen van kwaliteitsinformatie hierdoor arbeidsintensiever zijn en minder betrouwbare informatie opleveren. Dit komt de doelmatigheid niet ten goede en kan het moeilijker maken om de kwaliteit van zorg goed in kaart te brengen.

Artsen hebben veel mogelijkheden om gegevens over de patiënt en diens zorg te registeren. Ook hierin loopt de huisartsenpraktijk iets voorop, zowel wat betreft de mogelijkheden voor opslag van de gegevens waarnaar in dit onderzoek is gevraagd als op het regelmatig of altijd gebruiken hiervan. Uitzondering hierbij zijn de beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek, die door slechts een derde van de huisartsen kan worden opgeslagen, terwijl twee derde van de medisch specialisten dit kan. Het kunnen opslaan van beeldbestanden is door huisartsen dan ook het meest genoemd als wens voor uitbreiding van registratiemogelijkheden in het EPD.

Een belangrijk aspect voor patiëntveiligheid is de ondersteunende rol die ICT kan spelen bij medicatiebewaking en signalering van mogelijk risicovolle situaties. Vrijwel alle huisartsen (88-97%) krijgen een signaal in het geval van een allergie, een contra-indicatie of interactie tussen geneesmiddelen. Bij medisch specialisten ligt dat percentage beduidend lager (31-59%). Gezien de verwachte bijdrage aan de (medicatie)veiligheid, valt hier dus nog het nodige te winnen.

Hoewel er verbeterpunten zijn te noemen, presteert Nederland in vergelijking met andere landen zeer goed op het onderdeel elektronische dossiervoering. Uit recent onderzoek uitgevoerd voor de Europese Unie onder huisartsen in 31 Europese landen (HIM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas en Tech4i2, 2013) blijkt dat ongeveer de helft van de huisartsen uit de onderzochte landen gegevens van patiënten volledig of voornamelijk elektronisch opslaat (52%). Nederland scoort van alle onderzochte landen het best op adoptie van EPD's.

Ook in het onderzoek van Commonwealth Fund (Schoen en Osborn, 2012) staat Nederland op de eerste plaats van alle onderzochte landen wat betreft het gebruik van een EPD en op het gebied van beslissingsondersteuning bij het voorschrijven van medicatie. De resultaten uit beide onderzoeken zijn vergelijkbaar met de uitkomsten van dit onderzoek. Als we kijken naar de medische gegevens die frequent worden geregistreerd in EPD's, dan komen in andere onderzoeken ook vergelijkbare resultaten naar voren als in deze eHealth-monitor (Dobrev, Haesner, Hüsing, Korte en Meyer, 2008) (HIM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas en Tech4i2, 2013). Uit onderzoek van Deloitte onder ziekenhuizen in dertig Europese landen (Deloitte en Ipsos België, 2011), blijkt dat 89% van de in Nederland onderzochte ziekenhuizen een vorm van een EPD gebruikt. Het gemiddelde over alle landen was 81%.

Het beeld dat uit het in dit hoofdstuk beschreven onderzoek naar voren komt, sluit goed aan bij de bevindingen uit de consultatieronde (zie hoofdstuk 3).

Het gebruik van EPD's is goed ingeburgerd in Nederland, zeker in vergelijking met andere landen. Betere registratie van informatie in het primaire proces wordt door de geïnterviewden als voorwaarde gezien voor gebruik van de gegevens voor meerdere doel-einden, zoals voor kwaliteitsregistraties, onderzoek en voor communicatie met andere zorgverleners. Hoewel de ontwikkelingen langzaam gaan, wordt verwacht dat de mogelijkheden in de informatiesystemen zich de komende jaren verder zullen ontwikkelen, bijvoorbeeld op het gebied van beslissingsondersteuning.

6.5 Referenties

Deloitte en Ipsos België (2011). *eHealth Benchmarking III SMART 2009/0022 Final Report*. Deloitte en Ipsos België.

Dobrev, A., Haesner, M., Hüsing, T., Korte, W. B. en Meyer, I. (2008). *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe*. Bonn: Empirica.

IGZ (2011). *Staat van de Gezondheidszorg 2011*. Utrecht.

Hazelzet, J. en Georgieva, P. (2013). *Registratie aan de bron*. NFU.

HIM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas en Tech4i2 (2013). *SMART 2011/0033 Benchmarking deployment of eHealth Among General Practitioners. Background Document Prepared ad hoc For the Joint EC-OECD Workshop "Benchmarking Information and Communication Technologies in Health Systems"*. Brussel: IM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas, Tech4i2.

Kringos, D.S., Anema, H.A., Asbroek, ten, A.H.A., Fischer, C., Botje, D., Kievit, J., et al. (2012). *Beperkt Zicht Onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van prestatie-indicatoren over de kwaliteit van de Nederlandse ziekenhuiszorg*. Amsterdam: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

LHV en NHG (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: LHV, NHG.

NHG en LHV (2010). *NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD)*. NHG, LHV.

Minister van VWS (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health*. Den Haag: Ministerie van Volkgsgezondheid, Welzijn en Sport.

Schoen, C. en Osborn, R. (2012). *The Commonwealth Fund 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians*. The Commonwealth Fund. The Commonwealth Fund.

Verheij, R., Visscher, S., Grafhorst, van, J. en Njoo, K. (2012). *De EPD-scan: meten wat je niet ziet*. Medisch Contact.



7. Elektronische communicatie tussen zorgverleners

Belangrijkste resultaten in dit hoofdstuk

Vrijwel alle huisartsen (80-90%) wisselen elektronisch patiënteninformatie uit met openbare apotheken, huisartsenposten en ziekenhuizen. Bijna de helft van de medisch specialisten (46%) wisselt elektronisch informatie uit met huisartsen[17].

Op dit moment geeft 48% van de huisartsen en 43% van de medisch specialisten aan uitbreiding van de mogelijkheden te willen om elektronisch informatie uit te wisselen.

Bijna alle huisartsen (94%) en twee derde van de medisch specialisten ervaren positieve effecten door elektronische informatie-uitwisseling met collega's, met name voor de efficiency, kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening.

Drie kwart van de huisartsen (75%) kan via teleconsultatie advies krijgen van een dermatoloog over een foto van de huid, een op de drie (34%) krijgt zo advies van een cardioloog over een ECG.

Een digitaal consultgesprek met een collega via een beeldverbinding is mogelijk bij een beperkte groep artsen, namelijk een op de tien huisartsen, een vijfde van de medisch specialisten en een derde van de psychiaters.

7.1 Inleiding

In veel gevallen is tijdens het zorgproces contact tussen zorgverleners noodzakelijk, zoals bij verwijzingen, bij het aanvragen van aanvullend onderzoek, maar ook bij het verzenden van een recept naar de apotheek. Elektronische communicatie tussen zorgverleners kan deze activiteiten ondersteunen.

Steeds vaker werken zorgverleners van verschillende disciplines samen bij de zorg voor patiënten. Hierbij is het van belang dat de zorg door de verschillende zorgverleners op elkaar is afgestemd en de continuïteit in het zorgproces wordt gewaarborgd. In combinatie met goede dossiervoering in een EPD, dat is behandeld in hoofdstuk 6, is adequate informatie-uitwisseling de basis voor samenhangende en afgestemde zorg (LHV en NHG, 2012).

Daarnaast is het van belang voor de patiëntveiligheid dat zorgverleners tijdig beschikken over juiste en relevante informatie over de patiënt. Informatie over de patiënt blijkt in de praktijk echter vaak versnipperd tussen en binnen zorginstellingen, waardoor dossiers niet altijd compleet en actueel zijn. Door ontbrekende, niet gestructureerde of niet relevante informatie tijdens de informatie-overdracht tussen zorgverleners kunnen fouten ontstaan (IGZ, 2011). Zo kunnen onjuiste of onvolledige medicatieoverzichten leiden tot verkeerde beslissingen die voor levensgevaarlijke situaties zorgen (Lemmens en Weda, 2013) (Van den Bemt, Egberts en

[17] Omdat gebruik is gemaakt van steekproeven moet rekening worden gehouden met betrouwbaarheidsmarges (95%) bij verschillende omvang van de (deel)populaties. Dit houdt in dat de gegeven percentages in de werkelijkheid iets af kunnen wijken. Zie voor meer informatie hoofdstuk 2.

Leendertse, 2006). Goede informatieoverdracht tussen zorgverleners is dan ook cruciaal voor de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid (Minister van VWS, juni 2012). Tot slot kan elektronische gegevensuitwisseling bijdragen aan doelmatigheid en betaalbaarheid, bijvoorbeeld door het voorkomen van dubbeldiagnostiek (NHG en LHV, 2010).

Een andere vorm van communicatie tussen zorgverleners is teleconsultatie. Hierbij vindt onderzoek plaats in de huisartsenpraktijk, waarna digitaal advies wordt gevraagd aan een medisch specialist. Teleconsultatie levert met name voordelen op het gebied van doelmatigheid en betaalbaarheid: er zijn minder ziekenhuisbezoeken nodig en zowel voor patiënten en artsen levert dit veel tijdswinst op (Ketelaar, 2011).

Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden voor en het gebruik van elektronische communicatie tussen zorgverleners in de praktijk. De volgende paragrafen presenteren de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder huisartsen, medisch specialisten en psychiaters. Allereerst bespreken we de mogelijkheden en het gebruik van elektronische uitwisseling van informatie over patiënten tussen zorgverleners en zorginstellingen. Hierbij worden ook ervaren belemmeringen en positieve effecten behandeld. Tenslotte gaat dit hoofdstuk in op twee specifieke toepassingen van elektronische communicatie, namelijk het digitaal consultgesprek en teleconsultatie.

7.2 Elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners

Deze paragraaf gaat in op de mogelijkheden voor artsen om met andere zorgverleners elektronisch informatie uit te wisselen en op de mate waarin zij daarvan gebruik maken. Behalve naar de huidige mogelijkheden tot uitwisseling van informatie, is gevraagd naar informatie over patiënten die de zorgverleners nu niet elektronisch kunnen uitwisselen, maar waarvan dit wel gewenst is. De paragraaf gaat eerst in op de categorieën van zorgverleners en zorginstellingen waarmee artsen elektronisch patiëntinformatie kunnen uitwisselen. Vervolgens wordt voor enkele exemplarische voorbeelden nagegaan of deze mogelijk zijn voor de artsen en in welke mate deze in de praktijk ook worden gebruikt.

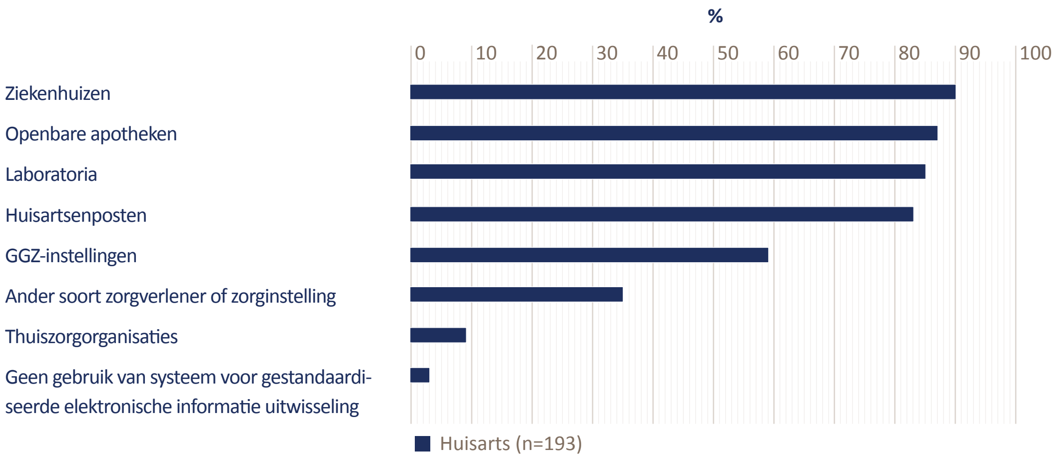
7.2.1 Mogelijkheden voor elektronische informatie-uitwisseling

Huisartsen hebben veel mogelijkheden voor gestandaardiseerde, elektronische informatie-uitwisseling over patiënten. Vrijwel alle (83-90%) huisartsen kunnen elektronisch informatie uitwisselen met openbare apotheken, laboratoria, huisartsenposten en ziekenhuizen (zie figuur 7-1 en tabel 7-1 in de tabellenbijlage). Informatie-uitwisseling met GGZ-instellingen (59%) en thuiszorgorganisaties (9%) komt minder voor. Huisartsen die aangeven met een andere zorgverlener dan genoemd informatie uit te kunnen wisselen (35%), noemen paramedici zoals de fysiotherapeut en verloskundige het meest. Bijna twee derde van de huisartsen (59%) wil graag elektronisch informatie uitwisselen met zorgverleners of zorginstellingen, waarmee dat nu niet kan. Zij noemen hierbij GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties en paramedici het meest.

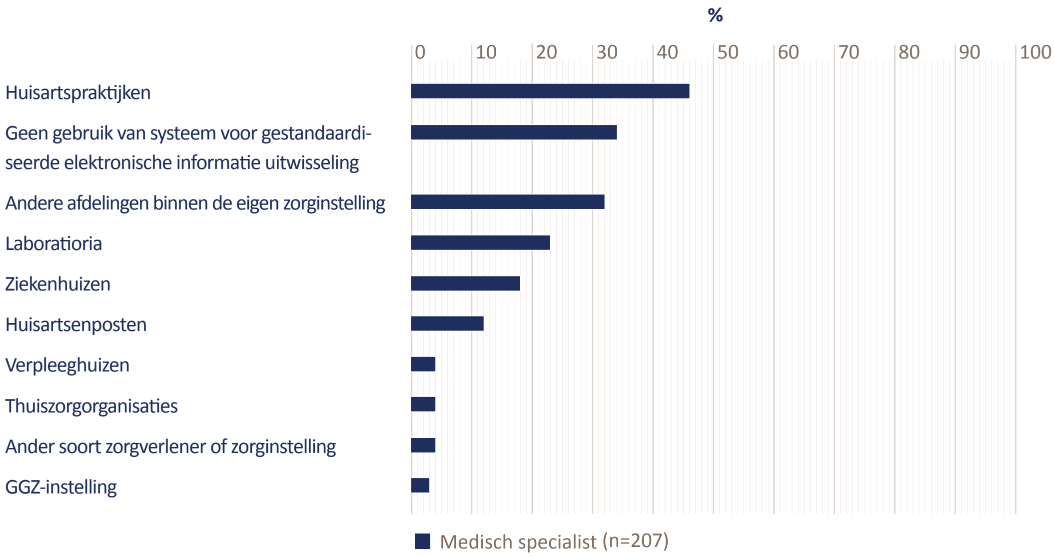
Van de medisch specialisten wisselt bijna de helft (46%) elektronisch patiënteninformatie uit met huisartsen, een op de drie (32%) met collega’s binnen de eigen instelling en een vijfde met laboratoria (23%) of zieken-

huizen (18%). Een derde van de medisch specialisten wisselt geen elektronische informatie uit met andere zorgverleners of zorginstellingen(34%) (zie figuur 7-2 en tabel 7-1 in de tabellenbijlage). Iets meer dan de helft van de medisch specialisten (53%) wil graag met zorgverleners of zorg instellingen elektronisch patiënt-informatie uitwisselen, waarmee dat nu nog niet mogelijk is. Ze noemen hierbij andere ziekenhuizen en huisartsenpraktijken het meest regelmatig.

Figuur 7-1
Percentage huisartsen waarbij de praktijk gebruik maakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen.



Figuur 7-2
Percentage medisch specialisten waarbij de afdeling gebruik maakt van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners of zorginstellingen.



Elektronische uitwisseling van patiëntinformatie komt bij psychiaters niet vaak voor. Bijna twee vijfde van de psychiaters (42%, n=66) kan geen gestandaardiseerde elektronische informatie uitwisselen. Twee vijfde (38%) kan elektronisch informatie uitwisselen met een of meerdere huisartsenpraktijken. Met de overige genoemde zorgverleners kan minder dan een op de tien elektronisch informatie uitwisselen (tabel 7-1 in de tabellenbijlage). Van de psychiaters wil 60% informatie uitwisselen met zorgverleners of zorginstellingen, waarmee dat nu niet mogelijk is. Hierbij werden apotheken en huisartsen het meest regelmatig genoemd[18].

7.2.2 Elektronisch versturen en ontvangen van gegevens

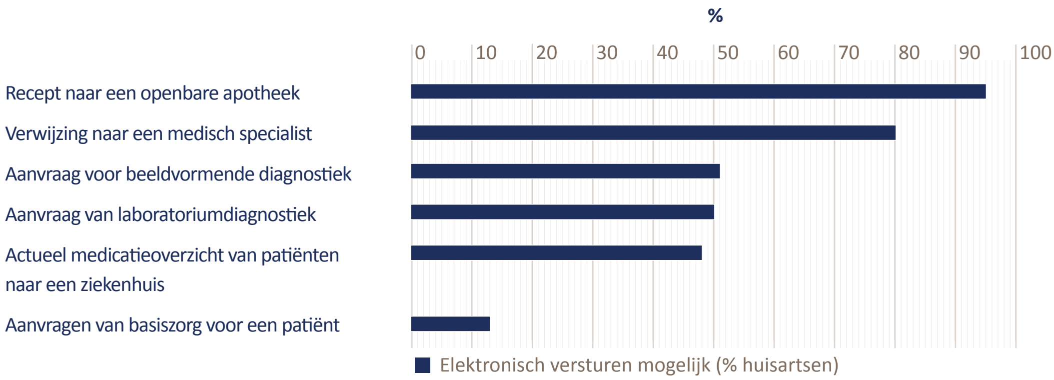
De vorige paragraaf liet zien dat vrijwel alle huisartsen en bijna de helft van de medisch specialisten elektronisch informatie uit kan wisselen met zorgverleners en zorginstellingen. Deze paragraaf gaat in op enkele specifieke voorbeelden van informatie-uitwisseling waarbij we inzoomen op gegevens die artsen kunnen versturen naar en ontvangen van verschillende zorgverleners. Eerst kijken we hierbij naar de gegevens die artsen kunnen versturen en ontvangen, om vervolgens per voorbeeld te kijken naar de mate waarin dit in de praktijk voorkomt. Tot slot gaan we na of er ook gegevens zijn die artsen graag willen uitwisselen, waarvan dit nu niet mogelijk is.

Elektronisch versturen en ontvangen van gegevens bij huisartsen

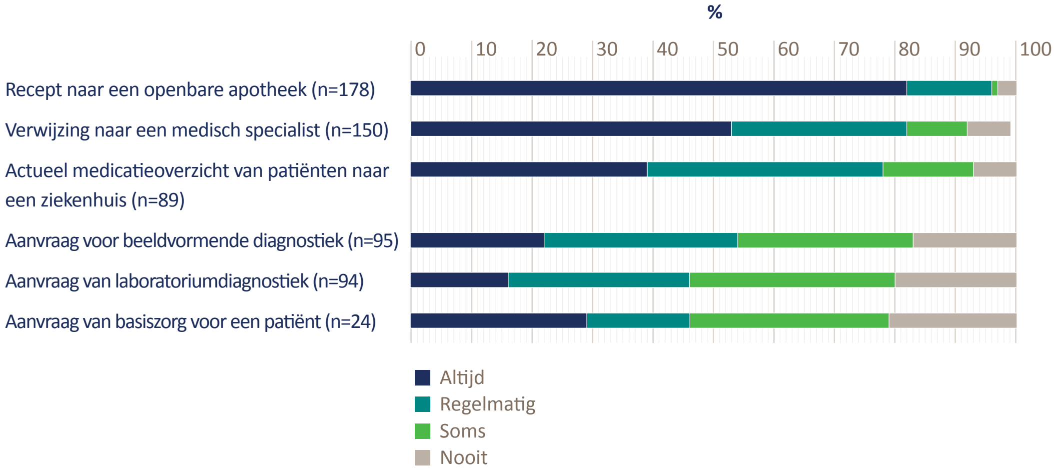
Voor veel huisartsen zijn de gevraagde voorbeelden van elektronisch versturen naar andere zorgverleners mogelijk. Het grote merendeel kan met hun informatie-systeem elektronisch een recept versturen naar een openbare apotheek (95%) of elektronisch verwijzen naar een medisch specialist (80%) (figuur 7-3 en tabel 7-2 in de tabellenbijlage).

De helft kan beeldvormende (51%) of laboratorium-diagnostiek (50%) elektronisch aanvragen en een actueel medicatieoverzicht naar het ziekenhuis (48%) versturen. De mogelijkheid om elektronisch basiszorg voor de patiënt aan te vragen bij thuiszorgorganisaties komt minder vaak voor (13%).

Figuur 7-3
Percentage huisartsen waarbij met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van elektronisch versturen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=187).



[18] Door de lage aantallen onder psychiaters worden de percentages van deze groep in de rest van deze paragraaf niet gepresenteerd, omdat een onvoldoende betrouwbaar beeld gegeven kan worden van de verdeling in deze groep (zie ook hoofdstuk 2.2).



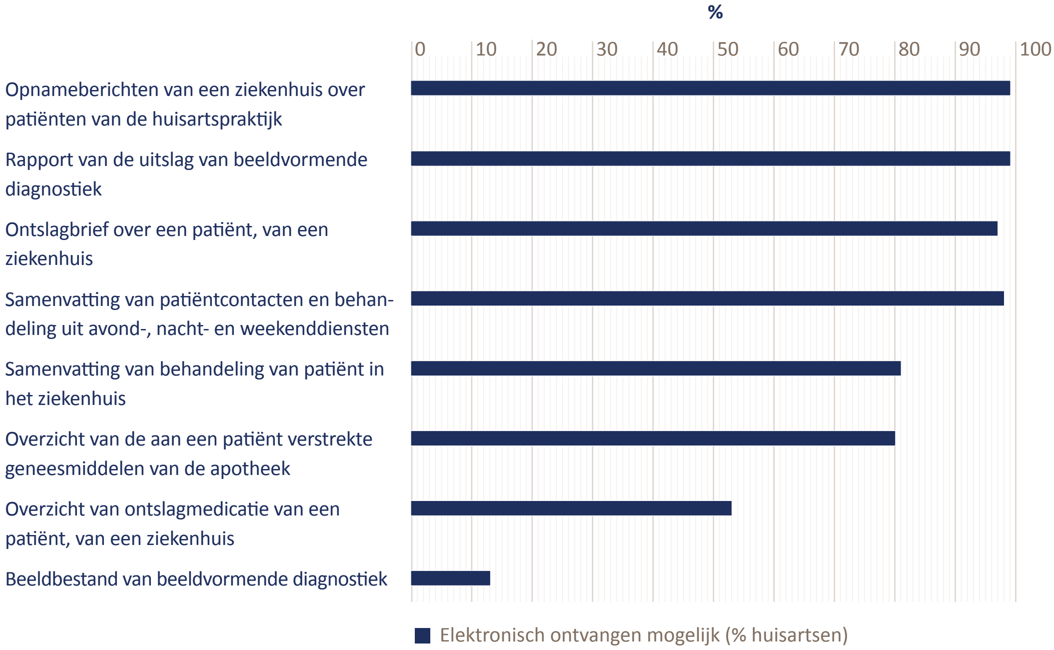
Figuur 7-4
Percentage huisartsen dat in het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om met hun informatiesysteem de volgende voorbeelden van informatie over patiënten elektronisch te versturen (n=24-178).

Aan huisartsen die de gevraagde gegevens kunnen versturen is vervolgens gevraagd hoe vaak ze hiervan het afgelopen jaar gebruikt hebben gemaakt. Vrijwel alle huisartsen maakten regelmatig of altijd gebruik van de bestaande mogelijkheid om recepten elektronisch te versturen naar de apotheek (96%). Het merendeel maakte regelmatig of altijd gebruik van het elektronisch versturen van een verwijzing naar een medisch specialist (82%). Hetzelfde geldt voor het gebruik van een actueel medicatieoverzicht van de patiënt bij opname in een ziekenhuis (78%)(figuur 7-4 en tabel 7-4 in de tabellenbijlage). Circa de helft van de huisartsen die deze mogelijkheid hebben, maakt ook regelmatig of altijd gebruik van elektronische verzending van aanvragen voor laboratoriumonderzoek (46%), beeldvormende diagnostisch onderzoek (54%) of basiszorg voor de patiënt (46%).

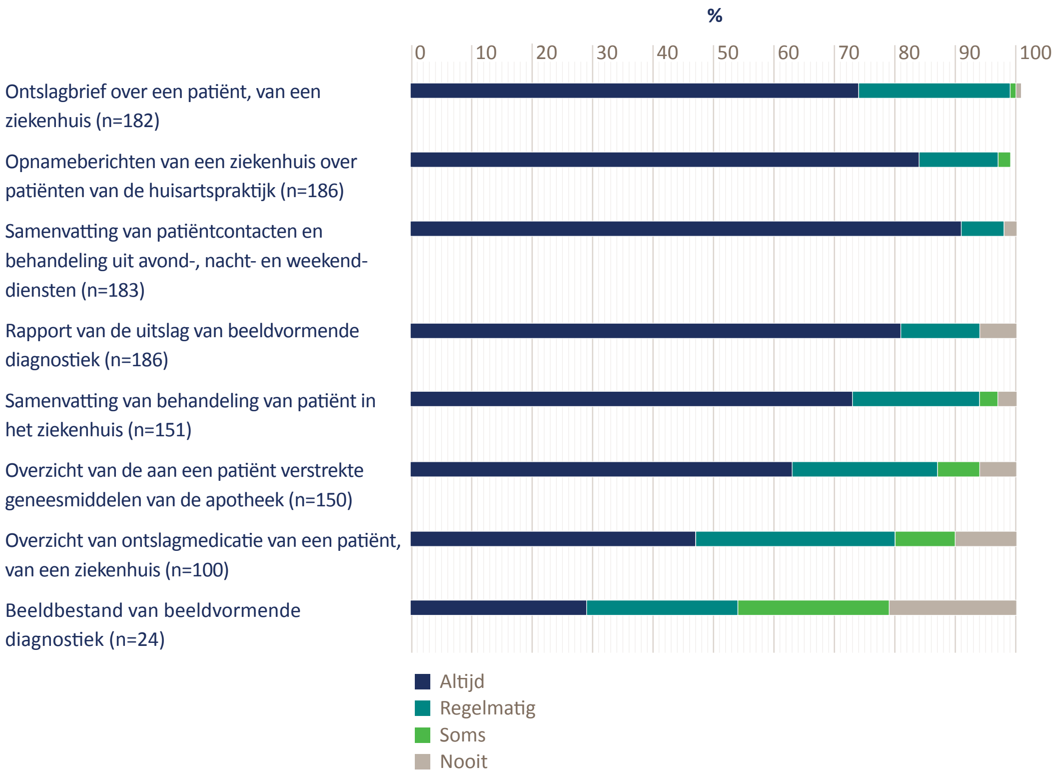
Met een enkele uitzondering kan een groot deel van de huisartsen met hun informatiesysteem de meeste gevraagde voorbeelden van gegevens elektronisch ontvangen (figuur 7-5 en tabel 7-3 in de tabellenbijlage). Vrijwel alle huisartsen kunnen elektronisch een opnamebericht of ontslagbrief van een ziekenhuis, een rapport over beeldvormende diagnostiek of een samenvatting van de behandeling van een patiënt in de avond-, nacht- en weekenddienst ontvangen (97-99%). De helft kan een actueel overzicht van ontslagmedicatie elektronisch ontvangen (53%). Beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek kunnen door 13% van de huisartsen worden ontvangen.

Bij een grote meerderheid van de huisartsen die deze gegevens kunnen ontvangen, komt dit ook regelmatig of altijd voor in de praktijk (zie figuur 7-6 en tabel 7-4 in de tabellenbijlage). Dit varieert van 80% die regelmatig of altijd een overzicht van ontslagmedicatie elektronisch ontvangt van een ziekenhuis tot 99% voor een ontslagbrief van een ziekenhuis. Voor artsen die de mogelijkheid hebben om een beeldbestand van beeldvormende diagnostiek te ontvangen, maakt iets meer dan de helft hiervan ook regelmatig of altijd gebruik (54%).

Figuur 7-5
Percentage huisartsen waarbij met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van elektronisch ontvangen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=187).



Figuur 7-6
Percentage huisartsen dat in het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om met hun informatiesysteem de volgende voorbeelden van informatie over patiënten elektronisch te ontvangen (n=24-186).



Van de huisartsen geeft 48% aan uitbreiding van de mogelijkheden te willen om elektronisch gegevens uit te wisselen, een vijfde wil dit niet (21%) en een derde (30%) weet dit niet. De informatie die het meest genoemd wordt als uitbreidingswens zijn beeldbestanden, correspondentie met andere zorgverleners en het elektronisch ontvangen van gegevens uit het medisch dossier van andere huisartsen bij nieuwe patiënten.

Aan huisartsen is ook gevraagd hoe vaak het voorkwam dat informatie die is ontvangen na bezoek van een patiënt aan de medisch specialist of het ziekenhuis tijdig was en voorzien van alle relevante informatie. Van de huisartsen geeft 4% aan deze informatie altijd tijdig te ontvangen en 74% regelmatig. Een vijfde geeft aan dat dit soms het geval is (22%) en één huisarts (1%) geeft aan dat dit nooit het geval is. Van de huisartsen geeft het merendeel aan dat deze informatie regelmatig (77%) of altijd (10%) is voorzien van alle relevante informatie die nodig is, voor 13% is dat soms het geval (zie tabel 7-8 in de tabellenbijlage).

We zien dus dat huisartsen veel mogelijkheden hebben om met hun informatiesysteem gegevens elektronisch te versturen en ontvangen en dat zij deze opties in de meeste gevallen ook vaak gebruiken. Het elektronisch aanvragen van verschillende onderzoeken en het ontvangen van beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek is minder vaak mogelijk. Dit komt ook voor de helft van de groep die dit kan slechts soms of nooit voor. Een substantiële minderheid van de huisartsen wil graag meer mogelijkheden om bepaalde gegevens uit te wisselen. Het merendeel van de huisartsen ontvangt na een bezoek van een patiënt aan het ziekenhuis informatie tijdig en voorzien van alle relevante gegevens.

Elektronisch versturen en ontvangen van gegevens bij medisch specialisten

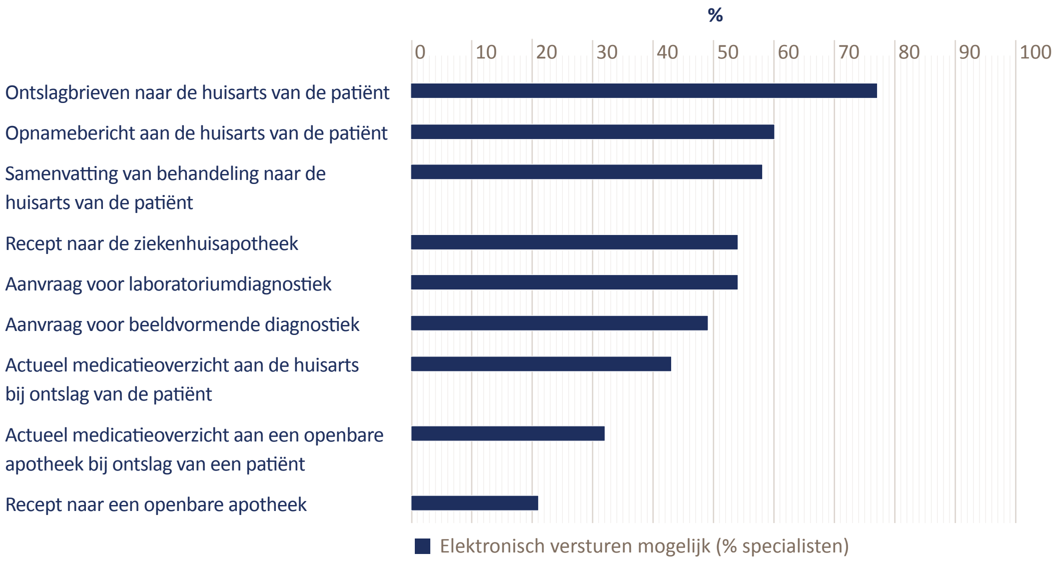
Deze paragraaf gaat aan de hand van een aantal voorbeelden in op de mogelijkheden voor medisch specialisten om gegevens elektronisch te versturen naar of te ontvangen van andere zorgverleners.

De meeste mogelijkheden om elektronisch gegevens te versturen hebben medisch specialisten in contact met de huisarts en ter vervanging van traditionele correspondentie bij opname en ontslag (figuur 7-7 en tabel 7-5 in de tabellenbijlage). Ruim drie kwart (77%) van de medisch specialisten kan een ontslagbrief elektronisch versturen naar een of meerdere huisartsen en circa twee derde kan opnameberichten (60%) en een samenvatting van de behandeling (58%) elektronisch versturen. Een minderheid van de medisch specialisten kan bij ontslag van een patiënt een actueel medicatieoverzicht versturen naar de huisarts (43%) of openbare apotheek (32%). Een kanttekening hierbij is dat berichten rondom ontslagmedicatie voor een deel van de medisch specialisten ook niet rechtstreeks, maar via de ziekenhuisapotheek loopt[19]. Het merendeel van de medisch specialisten kan niet elektronisch recepten versturen naar de openbare apotheek, een vijfde (21%) heeft deze mogelijkheid wel.

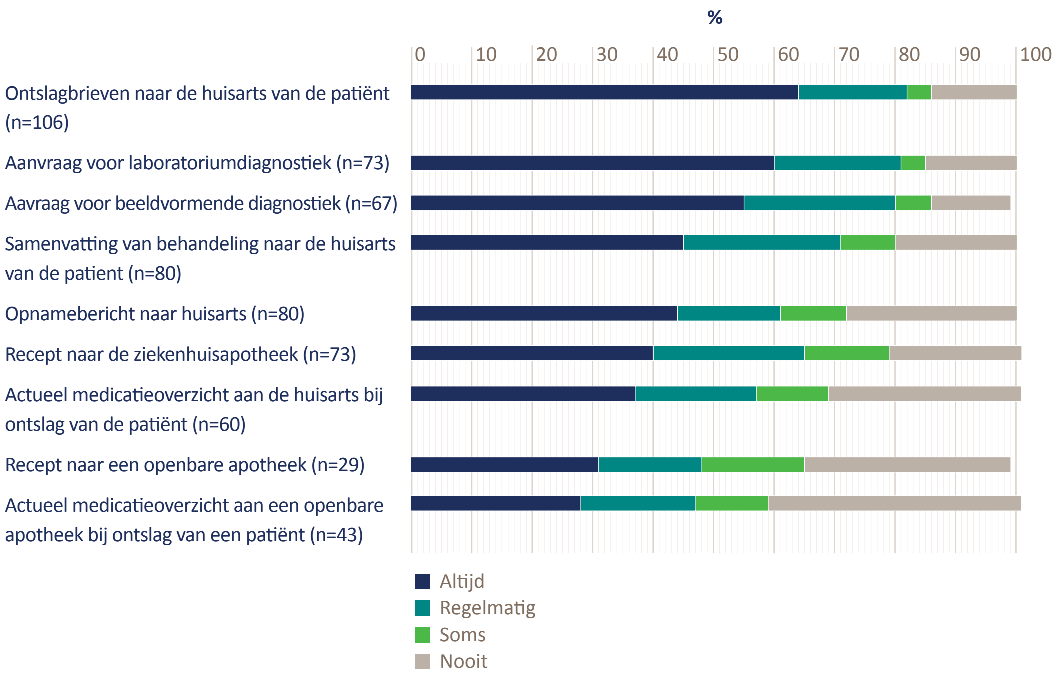
Bij de medisch specialisten waar dit mogelijk is, heeft het merendeel het afgelopen jaar regelmatig of altijd gebruik gemaakt van elektronische verzending van ontslagbrieven naar de huisarts (82%), aanvragen voor laboratoriumonderzoek (81%) of beeldvormende diagnostiek (80%) en een samenvatting van de behandeling naar de huisarts (71%) (figuur 7-8 en tabel 7-7 in de tabellenbijlage). Andere beschikbare mogelijkheden werden door circa de helft tot twee derde van de medisch specialisten regelmatig of altijd gebruikt (47-64%).

[19] In de handreiking voor ontslag uit de instelling behorend bij de richtlijn van medicatiegegevens in de keten is de apotheker van de instelling verantwoordelijk voor het doorgeven van een actueel medicatieoverzicht aan de huisarts en openbare apotheker. De voorschrijver is verantwoordelijk voor het tijdig bijwerken van het medicatieoverzicht voor overdracht aan de ontvangende partijen (Actiz, FNT, GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NMT, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VGN, Versenso, VWS en ZN, 2010).

Figuur 7-7
Percentage medisch specialisten waarbij met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van elektronisch versturen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=136).



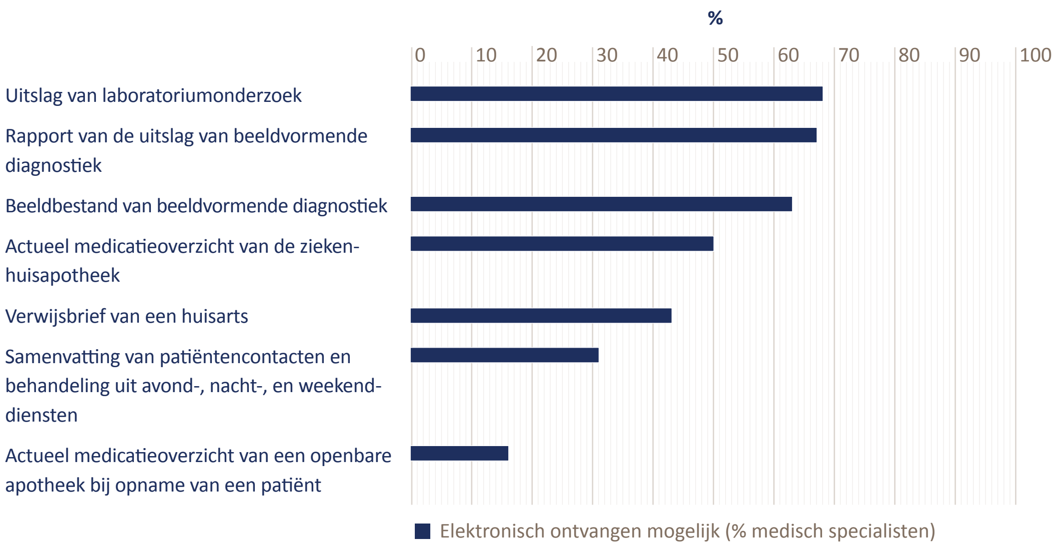
Figuur 7-8
Percentage medisch specialisten dat in het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om met hun informatiesysteem de volgende voorbeelden van informatie over patiënten elektronisch te versturen (n=29-106).



Figuur 7-9 laat zien dat vooral het elektronisch ontvangen van onderzoeksuitslagen van laboratorium- en beeldvormende diagnostiek en van medicatieoverzichten van de ziekenhuisapotheek vaak mogelijk is (50-68%) (zie ook tabel 7-6 in de tabellenbijlage).
Het elektronisch ontvangen van een samenvatting van patiëntcontacten en behandeling uit avond-, nacht- en weekenddiensten is voor 31% van de medisch specialisten mogelijk. Van de medisch specialisten kan 43% verwijsbrieven van huisartsen ontvangen. Het merendeel van de medisch specialisten (84%) kan geen actuele medicatieoverzichten ontvangen van openbare apotheken bij opname van een patiënt, 16% kan dit wel. Mogelijk speelt hierbij dat het ontvangen en opvragen van actuele medicatieoverzichten voor een deel van de medisch specialisten via de ziekenhuisapotheek loopt[20].

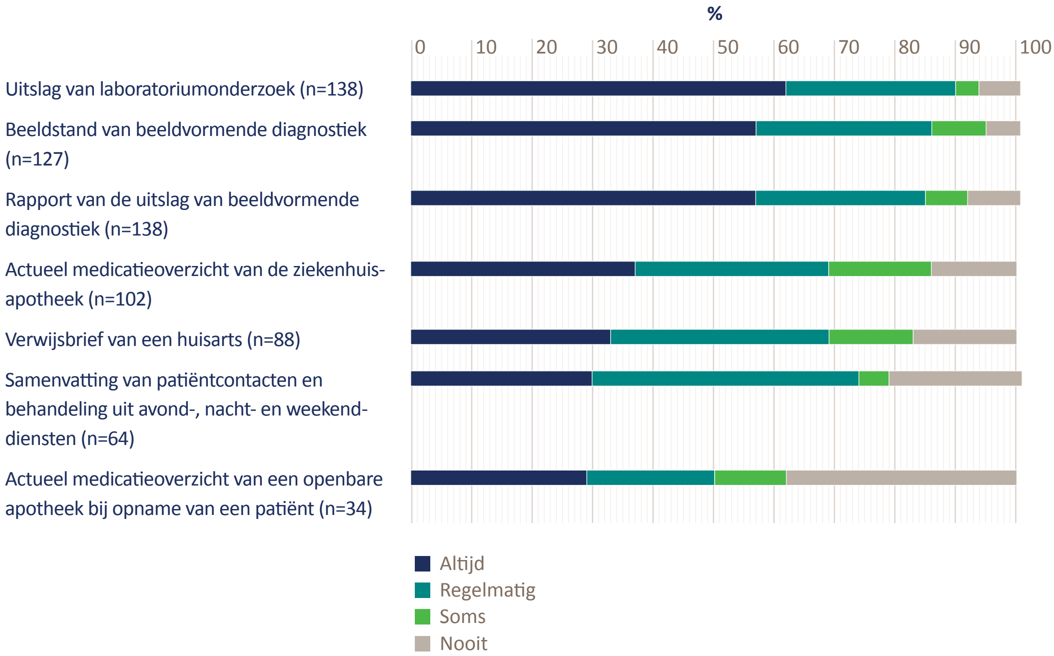
Als medisch specialisten gegevens elektronisch kunnen ontvangen, maakten ze hiervan het afgelopen jaar ook vaak gebruik(figuur 7-10 en tabel 7-7 in de tabellenbijlage). Vooral binnen het ziekenhuis gebruiken medisch specialisten dit veel. Van de medisch specialisten bij wie dit mogelijk was, ontving het merendeel het afgelopen jaar regelmatig of altijd elektronisch beeldbestanden (86%), rapporten van beeldvormende diagnostiek (85%) en de uitslagen van laboratoriumonderzoek (90%). Twee derde (69%) van de medisch specialisten die verwijsbrieven elektronisch van huisartsen kunnen ontvangen, ontving deze ook regelmatig of altijd elektronisch. Van de medisch specialisten die een elektronisch medicatieoverzicht van de openbare apotheek bij opname konden ontvangen, ontving de helft dit het afgelopen jaar ook regelmatig of altijd elektronisch (50%).

Figuur 7-9
Percentage medisch specialisten waarbij met het informatiesysteem de volgende voorbeelden van elektronisch ontvangen van informatie over patiënten mogelijk zijn (n=203).



[20] In de handreiking voor opname in een zorginstelling, behorend bij de richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten, is de apotheker van de instelling ervoor verantwoordelijk om een actueel medicatieoverzicht aan de voorschrijver beschikbaar te stellen. De openbare apotheker behoort op verzoek van de instellingsapotheker een afleveroverzicht van medicatie te verstrekken (Actiz, FNT, .GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NMT, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VGN, Versenso, VWS en ZN, 2010).

Figuur 7-10
Percentage medisch specialisten dat in het afgelopen jaar gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om met hun informatiesysteem de volgende voorbeelden van informatie over patiënten elektronisch te ontvangen (n=34-138).



Twee vijfde (43%) van de medisch specialisten wil uitbreiding van de mogelijkheden voor elektronische informatie-uitwisseling, 26% wil dit niet en 31% weet dit niet. Wat betreft het soort informatie noemden medisch specialisten een actueel medicatieoverzicht uit de thuissituatie en correspondentie over verwijzen en ontslag het meest.

Ruim twee derde van de medisch specialisten (70%) ontvangt informatie bij opname van een patiënt regelmatig of altijd tijdig, 21% ontvangt deze soms tijdig en 9% nooit. Zes op de tien (60%) ontvangt bij opname van een patiënt regelmatig of altijd alle relevante informatie, 29% soms en 10% nooit (zie tabel 7-9 in de tabellenbijlage).

We zien dat medisch specialisten vooral veel mogelijkheden hebben om elektronisch informatie te versturen in contact met de huisarts en ter vervanging van traditionele correspondentie bij opname en ontslag. De helft van de medisch specialisten kan medicatieoverzichten binnen het ziekenhuis ontvangen. Het merendeel kan elektronisch diagnostische informatie ontvangen. Ook wordt hier in de praktijk vaak gebruik van gemaakt. Het elektronisch ontvangen van verwijzingen van de huisarts en van actuele medicatieoverzichten van een openbare apotheek is minder vaak mogelijk en wordt ook minder vaak in de praktijk gebruikt.

7.3 Belemmeringen bij elektronische informatie-uitwisseling

De vorige paragraaf maakt duidelijk dat met name huisartsen en in iets mindere mate ook medisch specialisten redelijk veel mogelijkheden hebben voor elektronische informatie-uitwisseling en dat zij hiervan ook veel gebruik maken. Deze paragraaf geeft inzicht in

hoeverre artsen belemmeringen ervaren in het toepassen van elektronische informatie-uitwisseling over patiënten.

Bijna de helft van de huisartsen (47%) ervaart zelf of in de praktijk belemmerende factoren bij elektronische informatie-uitwisseling over patiënten[21] (zie tabel 7-10 in de tabellenbijlage). Van de huisartsen ervaart 44% geen belemmerende factoren, 9% weet dit niet. Bij huisartsen die belemmeringen ervaren (n=91), spelen verschillende factoren een rol. Het meest antwoorden zij een gebrek aan een financiële vergoeding voor de tijd die erin gaat zitten (36%), onduidelijkheid over wet- en regelgeving (30%), gebrek aan technische support (31%), voldoende beveiligde systemen (27%) en tijd om zich hierin te verdiepen (24%).

Iets meer dan de helft van de medisch specialisten (55%) ervaart belemmerende factoren bij elektronische informatie-uitwisseling over patiënten (zie tabel 7-10 in de tabellenbijlage). Van de specialisten ervaart 30% geen belemmerende factoren, 15% weet dit niet. Medisch specialisten die belemmerende factoren ervaren bij elektronische informatie-uitwisseling (n=110) geven voornamelijk belemmeringen van technische aard aan. Het meest regelmatig ervaren zij hierbij als belemmerende factor een gebrek aan technische support (49%), onduidelijkheid over een goede manier van inrichten van het systeem (44%), gebrek aan standaarden voor de juiste inrichting van de systemen (39%) en gebrek aan voldoende beveiligde systemen (35%).

Van de psychiaters ervaart 40% belemmerende factoren bij elektronische informatie-uitwisseling over patiënten, 31% ervaart geen belemmerende factoren en 29% weet dit niet. De meeste psychiaters die belemmerende factoren ervaren (n=26) geven hierbij de volgende redenen: onduidelijke wet- en regelgeving (50%, n=13), geen toegang tot de juiste techniek (46%, n=12), een gebrek aan financiële vergoeding voor de tijd die hierin gaat zitten (42%, n=11), een gebrek aan standaarden voor de inrichting van het systeem (42%, n=11) en een gebrek aan voldoende beveiligde systemen en technische support (beide 38%, n=10).

We zien dus dat circa de helft van de huisartsen en medisch specialisten en veertig procent van de psychiaters belemmerende factoren ervaren bij elektronische informatie-uitwisseling over patiënten. Hierbij spelen met name onduidelijkheid over wet- en regelgeving en technische aspecten rondom uitwisseling van patiëntinformatie een rol.

7.4 Positieve effecten van elektronische informatie-uitwisseling

Vrijwel alle huisartsen (94%) ervaren positieve effecten voor zichzelf of hun praktijk door elektronische informatie-uitwisseling over patiënten (zie tabel 7-11 in de tabellenbijlage). De meeste huisartsen die positieve effecten ervaren (n=180), ondervinden hierdoor een verbetering van de efficiency van de zorgverlening (83%), een verbetering van de kwaliteit (74%) en de continuïteit (67%) van de zorgverlening, kostenbesparing (41%) en meer tijd voor andere activiteiten door de praktijkassistenten (34%).

Twee derde van de medisch specialisten (68%) ervaart positieve effecten door elektronische informatie-uitwisseling over patiënten (zie tabel 7-11 in de

[21] Bij belemmerende factoren en ervaren positieve effecten worden telkens de vijf meest genoemde antwoorden weergegeven. Zie ook tabel 7-10 en 7-11 in de tabellenbijlage.

tabellenbijlage). De meeste medisch specialisten die positieve effecten ervaren (n=137), geven aan dat dit een verbetering is van de kwaliteit (78%), van de efficiency (78%) en van de continuïteit (55%) van de zorgverlening, van de toegankelijkheid van de afdeling (39%) en dat dit kosten bespaart (38%).

Van de psychiaters ervaart 58% positieve effecten door elektronische informatie-uitwisseling. Ze geven aan dat hierdoor de efficiency van de zorgverlening verbetert (84%, n=32), de kwaliteit van de zorgverlening verbetert (63%, n=24), de continuïteit van de zorgverlening verbetert (58%, n=22), dat het kosten bespaart (50%, n=19) en dat de toegankelijkheid van de afdeling verbetert (45%, n=17).

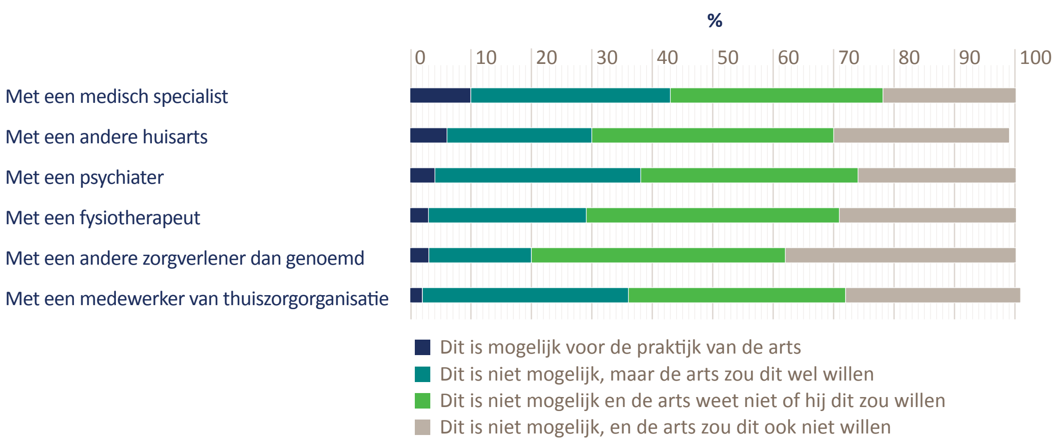
Vrijwel alle huisartsen, twee derde van de medisch specialisten en zes op de tien psychiaters ervaren dus positieve effecten door elektronische informatie-uitwisseling over patiënten.

7.5 Gebruik van digitale intercollegiale consulten

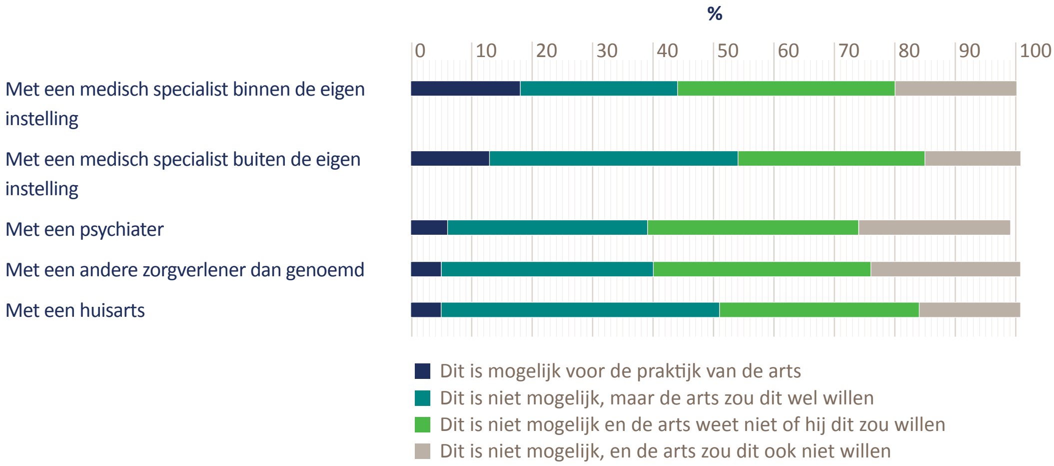
De vorige paragrafen gingen in op elektronische informatie-uitwisseling over patiënten. In deze paragraaf gaan we in op een andere soort communicatie tussen zorgverleners, namelijk een digitaal consultgesprek met verschillende zorgverleners waarbij men elkaar kan zien. Denk hierbij aan een gesprek met behulp van een videoverbinding en/of met behulp van een webcam. Aan artsen is gevraagd is of dit mogelijk is en wanneer dit nog niet mogelijk is, of de arts dit wel zou willen (zie tabellen 7-12 t/m 7-14 in de tabellenbijlage).

Mogelijkheden voor digitale consultgesprekken in de huisartspraktijk zijn bescheiden (figuur 7-11). Van de huisartsen kan 10% een digitaal consultgesprek voeren met een medisch specialist, 6% met een andere huisarts, 4% met een psychiater, 3% met een fysiotherapeut en 2% met een thuiszorgmedewerker. Een meerderheid van huisartsen geeft aan geen digitale consultgesprekken met deze zorgverleners te willen voeren of niet te weten of ze dit willen (57-71%).

Figuur 7-11
Percentage huisartsen waarbij het mogelijk is om in hun praktijk een digitaal consultgesprek te voeren met de volgende zorgverleners, waarbij men elkaar kan zien (n=190).



Figuur 7-12
Percentage medisch specialisten waarbij het mogelijk is om op hun afdeling een digitaal consultgesprek te voeren met de volgende zorgverleners, waarbij men elkaar kan zien (n=212).



Iets minder dan een vijfde van de medisch specialisten (18%) kan een digitaal consultgesprek voeren met een medisch specialist binnen de eigen instelling. 13% kan dit met een medisch specialist buiten de eigen instelling, 6% met een psychiater en 5% met een huisarts (figuur 7-12). Van de medisch specialisten geeft 47 tot 61% aan in de toekomst geen digitale consultgesprekken met de verschillende zorgverleners te willen voeren of weet niet of ze dit willen. Echter, 41% wil dit wel met andere medisch specialisten buiten de instelling, bovenop de 13% waar dit al mogelijk is, en 46% wil dit met huisartsen.

Een kwart van de psychiaters kan in het werk een digitaal consultgesprek voeren met een psychiater binnen de eigen instelling (27%). Een vijfde kan dit met een psycholoog (19%) of psychiatrisch verpleegkundige (19%). Minder vaak komen digitale consultgesprekken voor met een psychiater buiten de eigen instelling (13%), huisartsen (6%) of een praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH GGZ) (7%).

We zien dat de mogelijkheden voor digitale consultgesprekken voor de drie artsengroepen uiteen lopen. Bij huisartsen zijn de mogelijkheden redelijk bescheiden, maximaal een op de tien kan een digitaal consultgesprek voeren. Bij medisch specialisten is dit een vijfde en bij psychiaters is dit voor een derde het geval.

7.6 Gebruik teledermatologie

Aan huisartsen is gevraagd naar de toepassing in de praktijk van een bijzondere vorm van consultatie: teleconsultatie. Hierbij wordt de patiënt niet direct doorgestuurd naar een medisch specialist voor beoordeling of advies, maar vindt onderzoek plaats in de huisartspraktijk, waarna digitaal advies wordt gevraagd. Drie kwart van de huisartsen (75%) krijgt via teleconsultatie advies van een dermatoloog over een foto van de huid. Een op de drie (34%) krijgt zo advies van een cardioloog over een ECG en een op de zeven (14%) krijgt zo advies van een longarts voor de beoordeling van longfunctieonderzoek (spirografie).

7.7 Conclusie en discussie

Dit hoofdstuk is ingegaan op de mogelijkheden en het gebruik van elektronische communicatie tussen zorgverleners. Het tijdig en efficiënt uitwisselen van informatie over patiënten is van groot belang voor de veiligheid en continuïteit van de zorg.

Duidelijk wordt dat veel artsen informatie over patiënten elektronisch kunnen uitwisselen en dit in de praktijk ook veelvuldig doen. Vrijwel alle huisartsen (83-90%) wisselen elektronisch patiënteninformatie uit met openbare apotheken, huisartsenposten en ziekenhuizen. Bijna de helft (46%) van de medisch specialisten wisselt elektronisch informatie uit met huisartsen, en een op de drie (32%) met collega's binnen een instelling. Huisartsen hebben vaker mogelijkheden om informatie uit te wisselen en informatie te versturen of ontvangen. Het elektronisch aanvragen van verschillende onderzoeken en het ontvangen van beeldbestanden van beeldvormende diagnostiek is minder vaak mogelijk. Hoewel medisch specialisten minder vaak mogelijkheden hebben dan huisartsen om informatie te versturen of ontvangen, worden bestaande opties ook door medisch specialisten vaak gebruikt. Veel minder psychiaters hebben mogelijkheden voor elektronische informatie-uitwisseling.

Opvallend is dat het versturen en ontvangen van medicatieoverzichten in communicatie met huisarts en apotheek voor circa de helft van de medisch specialisten mogelijk is. Een actueel medicatieoverzicht van de patiënt is met name van belang voor de patiëntveiligheid en het voorkomen van fouten met geneesmiddelen. Ontslag uit het ziekenhuis en opname in het ziekenhuis kunnen bijzondere risicosituaties zijn rondom medicatieveiligheid. Hierbij is het beschikken over het meest actuele medicatieoverzicht van groot belang voor de patiëntveiligheid. Voor een deel van de medisch specialisten loopt deze communicatie echter mogelijk via de ziekenhuisapotheek. Dit komt doordat de richtlijn 'overdracht van medicatiegegevens in de keten' de instellingsapotheker verantwoordelijk maakt voor het beschikbaar stellen van een actueel medicatieoverzicht. De helft van de medisch specialisten kan een actueel medicatieoverzicht ontvangen van de ziekenhuisapotheek. Op dit punt zijn zeker nog verdere ontwikkelingen mogelijk.

Bijna alle huisartsen en twee derde van de medisch specialisten ervaren positieve effecten door elektronische informatie-uitwisseling. Deze artsen ervaren vooral verbetering van de efficiency, kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening. Dit komt overeen met de beleidsverwachting dat elektronische informatie-uitwisseling een bijdrage kan leveren aan kwalitatieve en verantwoorde zorg, aan de continuïteit van zorg en aan de doelmatigheid en betaalbaarheid. De helft van de artsen ervaart ook belemmeringen bij elektronische uitwisseling van patiëntinformatie, hierbij spelen met name meer technische belemmeringen een rol. De consultatieronde bevestigt dit beeld: het delen van informatie is met name van belang voor de continuïteit en doelmatigheid van de zorg door betere afstemming tussen zorgverleners en stroomlijning van de samenwerking. Er wordt opgemerkt dat het doel is, om op een goed gereguleerde manier te komen tot een geïntegreerd beeld van de gegevens van de patiënt en zijn zorgplan, waartoe eerste lijn, tweede lijn en de patiënt toegang hebben. Gebrek aan standaardisatie en interoperabiliteit worden hierbij nog als belangrijke belemmering gezien.

Artsen zijn ook bevraagd over de mogelijkheden voor digitale consulten met behulp van beeldverbinding met andere zorgverleners. Het gaat hierbij om het vervangen van meer traditionele vormen van contact door vergelijkbaar contact met digitale middelen. Dit is mogelijk bij een beperkte groep artsen, namelijk een op de tien huisartsen, een vijfde van de medisch specialisten en een derde van de psychiaters. Duidelijk wordt ook dat een grote groep artsen hiervan geen gebruik wil maken. Bij alle artsengroepen zien we dat een substantieel deel van de groep aangeeft dit niet te willen of niet te weten of men dit wil (uiteenlopend van 43% tot 80% afhankelijk van het concrete voorbeeld).

In het geval van teleconsultatie bij huisartsen gaat het om meer ingrijpende veranderingen waardoor verschuivingen in de werkprocessen in de zorg mogelijk zijn. Drie kwart van de huisartsen (75%) kan via teleconsultatie advies krijgen van een dermatoloog over een foto van de huid, een op de drie (34%) krijgt zo advies van een cardioloog over een ECG en een op de zeven (14%) krijgt zo advies van een longarts voor de beoordeling van longfunctieonderzoek (spirografie). Dit kan bijdragen aan de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg.

Nederland doet het in vergelijking met andere landen op dit onderdeel zeker niet slecht. In een recent EU-onderzoek onder huisartsen in 31 Europese landen (HIM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas en Tech4i2, 2013) werd gevonden dat 37% van de huisartsen in alle landen soms of regelmatig medische patiëntgegevens uitwisselt met andere zorgaanbieders of zorgprofessionals en dat 52% deze mogelijkheid niet heeft. Nederland staat voor dit onderdeel op de zevende plaats van alle 31 deelnemende landen in dit onderzoek. Onderzoek onder Europese ziekenhuizen wijst uit dat 31% van de ziekenhuizen actief langs de elektronische weg patiëntgegevens rond klinische zorg uitwisselt met andere zorgaanbieders. In Nederland was dit voor meer dan de helft van de ziekenhuizen het geval (Deloitte en Ipsos België, 2011).

Uit ons onderzoek blijkt dat 4% van de huisartsen informatie na een bezoek van een patiënt aan een medisch specialist of een ziekenhuis altijd tijdig ontvangt. 10% geeft aan dat deze informatie altijd is voorzien van alle relevante informatie die nodig is. Uit een Europees onderzoek onder huisartsen, komen vergelijkbare resultaten naar voren(Schoen en Osborn, 2012). Daarin gaf 1% van de Nederlandse huisartsen aan dat zij de benodigde informatie altijd tijdig beschikbaar hebben en 13% dat zij altijd een verslag met alle relevante gezondheidsinformatie van de specialist ontvangen. Uit deze eHealth-monitor blijkt overigens dat het percentage huisartsen dat regelmatig de informatie tijdig ontvangt veel hoger ligt (74%). Dit geldt ook voor het percentage huisartsen dat aangeeft dat de informatie die zij ontvangen regelmatig voorzien is van alle relevante informatie die nodig is (77%).

7.8 Referenties

Actiz, FNT, GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NMT, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VGN, Versenso, VWS en ZN (2010). *Handreikingen voor overdrachtssituaties*. NVZ.

Bemt, van den, Egberts en Leendertse (2006). *Hospital admissions related to medication (HARM)*. Utrecht: Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences.

Deloitte en Ipsos België (2011). *eHealth Benchmarking III SMART 2009/0022 Final Report*. Deloitte en Ipsos België.

HIM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas en Tech4i2 (2013). *SMART 2011/0033 Benchmarking deployment of eHealth Among General Practitioners. Background Document Prepared ad hoc For the Joint EC-OECD Workshop "Benchmarking Information and Communication Technologies in Health Systems"*. Brussel: IM Health Information Management, UEMO, Universitat Oberta de Catalunya, Block de Ideas, Tech4i2.

IGZ (2011). *Staat van de Gezondheidszorg 2011*. Utrecht.

Ketelaar, P. (2011). *eHealth in Beeld*. KNMG, NVEH en eHealthNu.

Lemmens, L. en Weda, M. (2013). *Polyfarmacie bij kwetsbare ouderen Inventarisatie van risico's en mogelijke interventiestrategieën*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

LHV en NHG (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: LHV, NHG.

Minister van VWS (juni 2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health.* Den Haag: Ministerie van Volkgsgezondheid, Welzijn en Sport.

NHG en LHV (2010). *NHG/LHV-Standpunt Het elektronisch huisartsendossier (H-EPD).* NHG, LHV.

Schoen, C. en Osborn, R. (2012). *The Commonwealth Fund 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians.* The Commonwealth Fund. The Commonwealth Fund.



Dankwoord

Nictiz en het NIVEL bedanken de volgende personen en organisaties voor hun bijdrage aan het onderzoek.

We hebben veel waardevolle suggesties en opmerkingen gekregen van de leden van de begeleidingscommissie: Guus Schrijvers, Titia Lekkerkerk, Sjaak Nouwt, Stefan Ottenheijm, Michiel Sprenger, Albert Versteegde en Sytske de Vries.

We willen de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het KNMG ledenpanel bedanken, evenals de mensen die bij deze panels betrokken zijn en hun expertise hebben ingebracht: Margreet Reitsma-van Rooijen, Anne Brabers en Wouter Lasut.

Verder gaat onze dank uit naar de volgende personen voor het willen delen van hun inzichten in de wereld van eHealth: Walter Balestra, Henk Bilo, Hans ter Brake, Fianne Bremmer, Corrine Brinkman, Inge van den Broek, René van Dijk, Jaco van Duivenboden, Maartje Ermers, Maarten Fischer, Sippie Formsma, Jan Hazelzet, Stephan Hermsen, Erik Hoencamp, Sjoerd Olthof, Hans Ossebaard, Bart van Pinxteren, Stephan Reus, Ineke Roos, Nico Rozing, Sander Slootmaker, Rob Stadt, Barry Teunissen, Edwin Velzel, Daphne Vermeulen, Renske Visscher en Leonard Witkamp.

Tevens bedanken wij de volgende organisaties: Altrecht, Cordaan, Curit, De Hart&Vaatgroep, eHuisartsen-kompas, GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Isala, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Ksyos, Nederlands Huisartsen Genootschap , Nederlandse Diabetes Federatie Nederland, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Parnassia, Sensire, Vereniging van Organisaties voor ICT in de Zorg, Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie, VGZ, Zorgdomein, Zorginstituut Nederland in oprichting en Zorgverzekeraars Nederland.

Voor al hun bijdragen aan de redactie van dit rapport bedanken we Kim Idzardi, Jacqueline Nell en Barbara van Rest.

Tot slot bedanken wij het ministerie van VWS voor het mogelijk maken van dit onderzoek.



Bijlagen

Bijlage 1 Deelnemers consultatieronde

De volgende organisaties hebben deelgenomen aan de consultatieronde:

- Altrecht;
- Cordaan;
- Curit;
- De Hart&Vaatgroep;
- eHuisartsenkompas;
- GGZ Nederland;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- Isala;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF);
- Ksyos;
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- Nederlandse Diabetes Federatie Nederland (NDF);
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU);
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ);
- Parnassia;
- Sensire;
- Vereniging van Organisaties voor ICT in de Zorg (OIZ);
- Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZvZ);
- VGZ;
- Zorgdomein;
- Zorginstituut Nederland in oprichting.

Bijlage 2 eHealth-toepassingen voor zorggebruikers

	eHealth-monitor	Uitgevoerde studies			Model-vragenlijst
Studie	**eHealth-monitor 2013**	**WHO 2008**[1]	**NPCF 2012**[2]	**NIVEL 2012**[3]	**Empirica 2009**[4]
Onderzoekspopulatie	Zorggebruikers	Zorggebruikers	Zorggebruikers	Zorggebruikers	Burgers/ patiënten
COMMUNICATIE PATIËNT ZORGVERLENER					
online afspraken maken (e-afspraak)	X	X	X		X
herinnering ontvangen via e-mail of sms (e-notificatie)	X	X			
aanvragen herhaalrecept	X	X			
online consultvoorbereiding (e-intake)					
consult/contact met zorgverlener via e-mail of website (e-consult)	X	X	X	X	X
consult/contact met zorgverlener via videocommunicatie	X				X
consult/contact met zorgverlener via chatprogramma (bij psychische problemen)					
consult/contact met zorgverlener via sociale media			X		
online inzage in dossier zorgverlener (e-inzage)	X	X	X		X
online behandeling (fysiotherapie en overig)	X				
online therapie (bij psychische problemen)	X				
telemonitoring	X				X
sociale alarmering	X				X
toezichthoudende domotica					X
medicatiedispenser					
digitaal log-/dagboek					
een foto van een fysieke klacht naar je zorgverlener sturen			X		
online deelname aan wetenschappelijke klinische studies					
ZOEKEN EN BIJHOUDEN VAN GEZONDHEIDSINFORMATIE					
informatie zoeken op internet over gezondheid en zorg[a]	X	X		X	X
informatie zoeken op internet over leefstijl	X			X	X
informatie zoeken op internet over zorgaanbod en benchmarking[b]	X	X		X	
informatie op website van zorgverlener bekijken		X			
met behulp van tool of website zelf noodzaak van bezoek aan zorgverlener inschatten (zelftriage)	X				
zelf bijhouden van vitale gegevens (zelfmonitoring)	X		X		

	Beleidsdocumentatie					
	KNMG/ NPCF/ ZN 2012[5]	KNMG 2011[6]	RVZ 2002[7]	Nictiz 2012[8]	VWS 2012[9]	e-hulp 2010[10]
	X		X	X	X	
		X				
		X				
		X	X	X	X	
	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X		
						X
		X				
	X	X	X		X	
		X	X			
	X	X		X	X	X
	X	X	X	X	X	
	X	X	X	X		
	X	X	X	X		
				X		
						X
				X		
		X	X	X		X
			X	X		X
		X	X	X		
		X				X
				X		X
	X			X		

	eHealth-monitor	Uitgevoerde studies			Model-vragenlijst
Studie	**eHealth-monitor 2013**	**WHO 2008**[1]	**NPCF 2012**[2]	**NIVEL 2012**[3]	**Empirica 2009**[4]
Onderzoekspopulatie	Zorggebruikers	Zorggebruikers	Zorggebruikers	Zorggebruikers	Burgers/ patiënten
persoonlijk gezondheidsdossier (PGD)	X		X		
online zelftest	X				
online zelfhulp	X				X
herinnering medicijnen innemen op telefoon instellen	X				
online community over zorg en gezondheid	X	X		X	X
bestellen van medische producten online		X		X	X
apps over gezondheid en zorg			X		
online cursus over zorg/gezondheid			X		
serious games					
COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS					
gegevensuitwisseling tussen zorgverleners			X		

a In de analyse is gekeken naar verschillende vormen van informatie zoeken op internet over gezondheid en zorg. In deze tabel zijn deze samengevoegd tot één toepassing.

b In de analyse is gekeken naar verschillende vormen van informatie zoeken op internet over zorgaanbod en benchmarking. In deze tabel zijn deze samengevoegd tot één toepassing.

1 Sørensen (ed.), Tove (2008). *WHO/European eHealth Consumer Trends Survey. Multimedia Appendix 7. Questionnaire in English.* Tromsø: Norwegian Centre for Telemedicine, University Hospital of North Norway.

2 Gijsbers, Lonneke, Vegter, Fenneke en Wallien, Madeleine (2012). *Onderzoeksrapportage "van EPD naar PGD".* Motivaction research and strategy. Utrecht: NPCF.

3 Brabers, A.E.M., Reitsma-van Rooijen, M. en De Jong, J.D. (2012). *Tabellenboek bij 'Gebruik van internet voor gezondheidsinformatie'.* Utrecht: NIVEL.

4 Meyer, Ingo, et al. (2009). *eHealth Benchmarking (phase II) Final Report.* Bonn: European Commission.

5 KNMG, Zorgverzekeraars Nederland, NPCF (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) eHealth.* KNMG, Zorgverzekeraars Nederland, NPCF.

6 KNMG, NVEH, eHealthNu (2011). *eHealth in Beeld - 21 praktijkverhalen over digitaal dokteren.* Utrecht: KNMG, NVEH en eHealthNu.

7 Rijen, van, A.J.G., Lint, de, M.W. and Ottes, L (2002). *Inzicht in e-Health, achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies E-Health in zicht.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

8 Krijgsman, Johan and Klein Wolterink, Gé (2012). *Ordening in de wereld van eHealth.* Den Haag: Nictiz.

9 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health.* Den Haag: Ministerie van Volkgsgezondheid, Welzijn en Sport.

10 Schalken, Frank en Wolters, Wouter (2010). *Handboek online hulpverlening. Stichting e-hulp.nl.* Bohn Stafleu van Loghum. p. 270. 9031375179.

	Beleidsdocumentatie					
	KNMG/ NPCF/ ZN 2012[5]	KNMG 2011[6]	RVZ 2002[7]	Nictiz 2012[8]	VWS 2012[9]	e-hulp 2010[10]
	X	X		X	X	
	X				X	X
	X	X		X	X	X
		X	X	X		X
			X	X		
				X	X	
						X
	X	X	X		X	

Bijlage 3 eHealth-toepassingen voor zorgverleners

	eHealth-monitor	Uitgevoerde studies				
Studie	**eHealth-monitor 2013**	**Empirica 2008**[1]	**KPMG 2011**[2]	**Commonwealth Fund 2012**[3]	**Europese Commissie 2012**[4]	
Onderzoekspopulatie	Huisartsen, medisch specialisten en psychiaters	Huisartsen	Huisartsen	Huisartsen	Huisartsen	
COMMUNICATIE PATIËNT ZORGVERLENER						
online afspraken maken (e-afspraak)	X	X	X	X	X	
afspraken maken bij andere zorgverleners voor patiënt door zorgverlener		X			X	
herinnering versturen via e-mail of sms (e-notificatie)	X			X		
aanvragen herhaalrecept	X			X		
aanvragen verwijzing	X[c]					
online consultvoorbereiding (e-intake)			X			
consult/contact met patiënt via e-mail of website	X	X	X	X	X	
consult/contact met patiënt via videocommunicatie	X		X			
consult/contact met patiënt via chatprogramma (bij psychische problemen)	X[d]					
consult/contact met patiënt via sociale media			X		X	
online inzage in het dossier door patiënt (e-inzage)	X		X	X (alleen test results)	X	
zaken toevoegen aan dossier bij zorgverlener door patiënt	X				X	
telemonitoring	X	X			X	
informatie verstrekken via een medische website						
informatie verstrekken via eigen website instelling/ praktijk		X	X			
informatie verstrekken via social media						
bijdragen aan een online community over zorg en gezondheid						
online therapie (bij psychische problemen)	X[d]					
online therapie (overige)						
online zelfhulp	X[d]					
psychologische zelftest	X[d]					
online forum over psychische problemen	X[d]					
online individueel zorgplan						

	Modelvragenlijst		Beleidsdocumentatie					
	Empirica 2009[5]	OECD 2013 (concept)[6]	KNMG/ NPCF/ ZN 2012[7]	VWS 2012[8]	KNMG 2011[9]	RVZ 2002[10]	Nictiz 2012[11]	e-hulp 2010[12]
	Huisartsen, medisch specialisten en psychiaters	Zorgverleners						
	X	X	X	X		X	X	
	X							
					X			
		X			X			
				X	X	X	X	
	X	X	X	X	X	X	X	
		X	X		X	X	X	
								X
					X			
	X	X	X	X	X		X	
		X					X	
	X	X	X	X	X	X	X	
					X	X	X	X
					X	X	X	X
					X			
					X			X
			X	X	X	X	X	X
					X			
			X	X	X		X	X
			X	X				X
			X	X				X

	eHealth-monitor	Uitgevoerde studies			
Studie	**eHealth-monitor 2013**	**Empirica 2008**[1]	**KPMG 2011**[2]	**Common-wealth Fund 2012**[3]	**Europese Commissie 2012**[4]
Onderzoekspopulatie	huisartsen, medisch specialisten en psychiaters	huisartsen	huisartsen	huisartsen	huisartsen
digitaal log-/dagboek					
toezichthoudende domotica					
sociale alarmering					
medicatiedispenser					
online monitoring van berichten op het internet t.b.v. preventie en statistiek					
DOSSIERVOERING DOOR ZORGVERLENERS					
elektronische dossiervoering[a]	X	X		X	X
overzichten genereren uit informatiesysteem t.b.v. routinefuncties of management				X	
overzichten genereren uit informatiesysteem t.b.v. preventie of statistiek					
beslissingsondersteuning bij diagnostiek en voorschrijven van medicatie	X	X		X	X
ketenzorgsysteem					
COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS					
Gegevensuitwisseling[b]	X	X	X	X	X
teleconsultatie	X[e]				
intercollegiaal online consult (email, website, etc)					
intercollegiaal videoconsult	X		X		X
gebruik van een MDO-ondersteunend systeem					
opereren op afstand met behulp van robotica (telechirurgie)					
e-learning		X			
online medische informatie voor professionals opzoeken: richtlijnen, onderzoek		X			X
online aanschaffen van praktijk-benodigdheden					

	Modelvragenlijst		Beleidsdocumentatie					
	Empirica 2009[5]	OECD 2013 (concept)[6]	KNMG/ NPCF/ ZN 2012[7]	VWS 2012[8]	KNMG 2011[9]	RVZ 2002[10]	Nictiz 2012[11]	e-hulp 2010[12]
	huisartsen, medisch specialisten en psychiaters	zorgverleners						
								X
			X		X	X	X	
			X		X	X	X	
							X	
					X	X	X	
	X	X		X		X	X	
		X				X	X	
						X	X	
	X	X	X			X	X	
							X	
	X	X	X	X	X	X	X	
			X	X	X	X	X	
						X		
					X		X	
						X	X	
					X	X	X	
	X					X	X	
						X		

[a] In de analyse is gekeken naar verschillende vormen van dossiervoering. In deze tabel zijn deze samengevoegd tot één toepassing.

[b] In de analyse is gekeken naar verschillende vormen van gegevensuitwisseling. In deze tabel zijn deze samengevoegd tot één toepassing.

[c] Vragen over deze toepassing zijn alleen aan huisartsen gesteld.

[d] Vragen over deze toepassing zijn alleen aan psychiaters gesteld.

[e] Vragen over deze toepassing zijn alleen aan huisartsen en medisch specialisten gesteld

[1] Alexander Dobrev, Marten Haesner, Tobias Hüsing, Werner B. Korte, Ingo Meyer (2008). *Benchmarking ICT use among General Practitioners in Europe - Final report.* Bonn: Empirica.

[2] KPMG Advisory NV (2011). *Verkenning e-health, rapportage aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* Utrecht: KPMG Advisory NV.

[3] Schoen, Cathy, et al. (2012). *2012 International Survey of Primary Care Doctors - Questionnaire.* The Commonwealth Fund.

[4] Codagnone, Cristiano (2012). *SMART 2011/0033 - Benchmarking deployment of eHealth Among General Practitioners II - Questionnaire.* SMART2001/0033 Study.

[5] Meyer, Ingo, et al. (2009). *eHealth Benchmarking (phase II) Final Report.* Bonn: European Commission

[6] Jha, Ashish K (2013). *Joint EC-OECD Workshop Benchmarking Information and Communication Technologies in Health Systems.:* OECD, 2013. Benchmarking Health ICT: Better Data for Better Policies. 6_Structure of the OECD model survey_Jha-1.pptx.

[7] KNMG, Zorgverzekeraars Nederland, NPCF (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) eHealth.* KNMG, Zorgverzekeraars Nederland, NPCF.

[8] Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2012). *Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal betreffende E-health.* Den Haag: Ministerie van Volkgsgezondheid, Welzijn en Sport.

[9] KNMG, NVEH, eHealthNu (2011). *eHealth in Beeld - 21 praktijkverhalen over digitaal dokteren.* Utrecht: KNMG, NVEH en eHealthNu.

[10] Rijen, van A.J.G., Lint, de,M.W. en Ottes, L.(2002). *Inzicht in e-Health, achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies E-Health in zicht.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

[11] Krijgsman, Johan en Klein Wolterink, Gé (2012). *Ordening in de wereld van eHealth.* Den Haag: Nictiz.

[12] Schalken, Frank en Wolters, Wouter (2010). *Handboek online hulpverlening. Stichting e-hulp.nl.* Bohn Stafleu van Loghum.



Nictiz

Bezoekadres
Oude Middenweg 55
2491 AC Den Haag
T 070 31 73 450
F 070 32 07 437

www.nictiz.nl

Postadres
Postbus 19121
2500 CC Den Haag

Nivel

Bezoekadres
Otterstraat 118 – 124
3513 CR Utrecht
T 030 27 29 700
F 030 27 29 729

www.nivel.nl

Postadres
Postbus 1568
3500 BN Utrecht